



le buone pratiche
ORGANIZZATIVE
delle aziende **SANITARIE ITALIANE**

EDIZIONE
SPECIALE

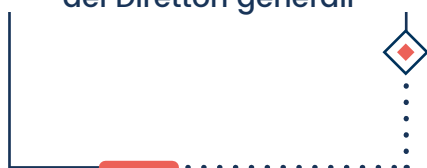
a cura del Forum delle Professioni Sanitarie di Federsanità ANCI



SANITÀ 4.0

LE AZIENDE SANITARIE DIALOGANO

Supplemento a Sanità 4.0 Organo di
informazione del Forum
dei Direttori generali



COMITATO SCIENTIFICO

Angelo Aliquò
Giovanni Messori Ioli
Silvio Falco
Tiziana Frittelli
Federico Lega
Giuseppe Pasqualone
Gennaro Sosto

DIREZIONE EDITORIALE

Flavio Boraso
Gian Paolo Zanetta

DIRETTORE RESPONSABILE

Claudio Riso

DIRETTORE COMMERCIALE

Mario Gadaleta

REDAZIONE

Teresa Bonacci

PROGETTO GRAFICO

Instant Love Srl - Torino

STAMPA

Tipostampa Srl - Moncalieri (TO)

www.sanitas40.it



Buone pratiche organizzative

L'anno appena trascorso ha visto Federsanità - ANCI impegnata in numerosi progetti legati soprattutto all'**innovazione dei modelli organizzativi in sanità e alla riorganizzazione della Federazione**. Si sono intensificati i rapporti a livello istituzionale, in tavoli di approfondimento di questioni che riguardano la salute dei cittadini; maggiore dialogo con le Federazioni regionali e sviluppo dei numerosi progetti avviati.

Uno degli obiettivi è stato quello di istituire nuovi forum da affiancare a quello storico dei Direttori Generali: il forum dei direttori amministrativi, dei direttori sanitari e dei dirigenti delle professioni sanitarie. L'idea è stata quella di ridefinire i ruoli professionali e sviluppare la capacità di governance dei quadri intermedi in un continuo confronto per sviluppare best practices e raccogliere esigenze formative e di sviluppo.

Questo contributo nasce da un'idea, proposta dal forum delle professioni sanitarie, per **mettere in rete tutte le aziende confederate** attraverso la **pubblicazione delle buone pratiche organizzative**, implementate nel corso degli anni, nell'ottica che una buona comunicazione, come abbiamo ribadito più volte in fase programmatica, è lo strumento per mettersi in rete e fare rete.

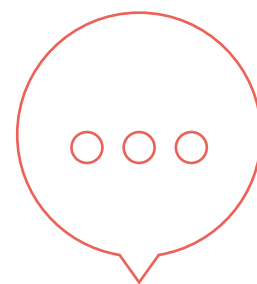
Attraverso la disseminazione dei saperi si interviene strategicamente nell'organizzazione, migliorando il modello offerto di sanità pubblica.

Per gestire la sanità attuale le Associazioni devono promuovere una **"cultura della salute"** attraverso iniziative, come questa proposta, che coinvolga tutti gli stakeholder.

Sostenere e diffondere buone pratiche organizzative contribuirà a migliorare i servizi e rendere il SSN più sostenibile.

Nell'augurare una buona lettura l'auspicio è che i modelli proposti dai dirigenti delle professioni sanitarie, delle aziende sanitarie nazionali confederate a Federsanità - ANCI, possano essere disseminate e prese ad esempio e ulteriormente sviluppate in tutte le aziende sanitarie del territorio italiano e internazionale.

Tiziana Frittelli
Presidente Federsanità - ANCI



INDICE

p.10

Introduzione

B.

DOTT.
BARAGATTI LORENZO

p.12

La rete assistenziale lesioni cutanee:

il percorso per assistiti portatori di lesioni cutanee croniche nell'Azienda USL Toscana sud est attraverso l'impiego di tecnologie avanzate a domicilio

p.16

Il See and Treat come strategia per i codici minori:

dal Pronto Soccorso alle Case della Salute

p.20

Progetto per prevenzione e trattamento del Delirium per assistiti nell'Azienda USL Toscana Sud Est

DOTT.
BERNARDELLI STEFANO

p.24

"Intention to leave, intention to stay"



C.

DOTT.SSA
BERTONI ORNELLA

p.28

Il benessere organizzativo
in APSS

p.32

Gestione della
dose radiante in
ottemperanza alla Direttiva
Euratom 59/2013

DOTT.SSA
BIAGGI ROBERTA

p.36

La Centrale di Continuità
Assistenziale nella ASL di
Latina

DOTT.SSA
BROCCHI PINA

p.40

L'istituzione dell'Unità di
Degenza Infermieristica
l'A.O.U. di Sassari

p.44

Il modello "Discharge
Room" in favore della
gestione dei posti letto per
acuti e dell'ottimizzazione
del "patient flow" A.O.U.
Sassari

DOTT.SSA
CAPITONI ENRICA

p.48

Progetto formativo di
counseling motivazionale
breve su stili di vita
sani in una coorte di
studenti universitari delle
professioni sanitarie

DOTT.SSA
CAPPITELLA CARMEN

p.50

Cure infermieristiche
personalizzate:

il percorso per pazienti con MCS
nell'A.O.U. Sant'Andrea

DOTT.SSA
CARBONI LUIGIA

p.54

C.I.A.O.

Confort Informazione Ascolto
Orientamento, Punto Accoglienza
presso PO di Tivoli

p.58

Unità di Degenza a
gestione Infermieristica
UDI:

Confort informazione ascolto
orientamento Punto Accoglienza
presso PO di Tivoli

p.62

Parkinson in movimento,
riabilitazione in gruppo
nella malattia di Parkinson

DOTT.SSA
CARDELLI DANIELA

p.64

Accettazione
personalizzata a supporto
del Percorso assistenziale
Specialistico di Medicina
Fisica e Riabilitazione
percorso 2 DGRT 595/2005

DOTT.SSA
CARNIO GABRIELLA

p.68

Applicazione del modello
assistenziale Primary
Nursing nell'Azienda
Ospedaliera di Perugia

p.70

Gruppi di Miglioramento
per l'Accoglienza
nell'Azienda Ospedaliera di
Perugia

p.74

Il modello organizzativo
gestionale del Triage
Riabilitativo

p.78

L'analisi delle competenze
come strumento di
gestione

Il progetto pilota nel profilo
professionale di tecnico di laboratorio
biomedico dell'Azienda Ospedaliera
di Perugia

p.82

- 1 - Percorso Assistenziale nelle stanze di Lucina
- 2 - Percorso Assistenziale travaglio a basso rischio nel Blocco Parto

DOTT.
CAVALIERE BRUNO

p.92

- Introduzione del modello "Primary Nursing" come progetto pilota in un grande day hospital onco-ematologico di nuova costituzione

p.96

- L'impiego dei "setting assistenziali" come strumento finalizzato a garantire "outcome" di "Best practice" delle cure infermieristiche

p.98

- Sistema di tariffazione della performance infermieristica:

- una proposta operativa attraverso l'impiego della metodologia degli Indici della Complessità Assistenziale (I.C.A.)

DOTT.SSA
CESA SIMONETTA

p.108

- Appropriatezza allocativa del capitale umano ed impegno assistenziale:
- modello aziendale di monitoraggio nella media intensità di cure degli ospedali dell'ASST Papa Giovanni XXIII

DOTT.SSA
CROSO ANTONELLA

p.112

- Introduzione del modello organizzativo di "pregestione infermieristica" in pronto soccorso

D.

DOTT.SSA
DE ANGELIS ALESSIA

p.116

- La valutazione della complessità assistenziale in ambito infettivologico

DOTT.SSA
DI MARTINO MARIA VALERIA

p.118

- Percorso riabilitativo unico integrato per il paziente con Ictus AO dei Colli

F.

DOTT.SSA
FABRIZIO FIORELLA

p.124

- Dimissione infermieristica
- lettera di dimissione ospedaliera

DOTT.SSA
FUMAGALLI MARIA ADELE

p.128

- Elaborazione e introduzione di una Scheda Integrata per ogni disciplina appartenente all'Unità Operativa Semplice di Endoscopia

p.132

- Informatizzazione in sanità:

- la pianificazione dell'assistenza infermieristica e il supporto decisionale

p.136

- Accoglienza, inserimento e valutazione del personale neoassunto

p.140

- La misurazione dell'intervento educativo nell'ambito del Dipartimento riabilitativo:

- individuazione di outcomes per la valutazione al reinserimento domiciliare.
- L'addestramento all'utente care giver alla ventilazione meccanica non invasiva

p.144

- Incident reporting e Significant Event Audit (SEA)

G.

DOTT.SSA
GAROFALO CINZIA

p.148

Trattamento del dolore
procedurale pediatrico con
MEOPA:

applicazione di una procedura a
gestione infermieristica

DOTT.SSA
GUERRINI GISELLA

p.150

Riorganizzazione del
reparto di Otorino Urologia

p.154

Handover e la scheda
SBAR per il passaggio
d'informazioni

L.

DOTT.
LAQUINTANA DARIO

p.156

Internalizzazione del personale
infermieristico afferente al
Dipartimento di Medicina
Interna della Fondazione
IRCCS Ca' Granda - Ospedale
Maggiore Policlinico di Milano

DOTT.SSA
LETO ANTONELLA

p.160

Professional Assessment
Instrument (PAI):

un sistema informativo per la
pianificazione delle cure infermieristiche.
Esiti favorevoli nella riduzione del rischio
di errore e cure mancate (Missed Care)

M.

DOTT.SSA
MARTINELLI GIGLIOLA

p.164

Tracciabilità e
Miglioramento delle
attività infermieristiche
negli Ambulatori di Cure
Primarie (NCP)

DOTT.SSA
MARTINI LORENA

p.168

L'Unità di Degenza
Infermieristica & Dedicated
Education Unit

DOTT.SSA
MEINERO ROSANNA

p.172

Centro programmazione
ricoveri chirurgici e del day
service aziendale (CPRA) a
gestione infermieristica

p.176

La schiena ti sostiene.
Sostieni la tua schiena

p.180

Area organizzativa
aziendale ambulatoriale e
diurna

p.184

Direzione delle professioni
sanitarie:

la funzione di promotore dei processi di
miglioramento organizzativi, assistenziali,
strutturali e formativi mediante strategie
di cooperazione con l'ufficio relazione con
il pubblico

p.186

Il gruppo
psicoeducazionale e
terapeutico per la persona
portatrice di stomia
intestinale adottato nella
SC Chirurgia Generale e
Oncologica

p.188

La centrale di
sterilizzazione dell'AO
S. Croce e Carle di
Cuneo: progettazione,
realizzazione e gestione





p.192

Il programma ERAS in chirurgia generale:

la mobilitazione precoce

p.194

Il programma ERAS in chirurgia generale:

implementazione della prehabilitation

DOTT.SSA
MERCANTI ROSALIA

p.196

PICC TEAM AZIENDALE:

costituzione di un team aziendale per
l'inserzione dei PICC, Midline, cannule
periferiche lunghe e la gestione della
formazione aziendale sugli AVC

DOTT.SSA
MISLEJ MAILA

p.198

Non legare!

Attuazione di un modello di assistenza
libera dalla contenzione negli ospedali
attraverso l'istituzione dell'Albo di
Volontari dell'art.13 della Costituzione
nell'Azienda Sanitaria Universitaria
Integrata di Trieste

DOTT.SSA
MITELLO LUCIA

p.202

Introduzione di un modello Fast/Smart in un PS adulti

p.204

Il Team Bed Management:

ottimizzatori dei processi di ricovero
in emergenza e urgenza

DOTT.
MUTTILLO GIOVANNI

p.206

Fragilità Cronicità Accompagnamento

p.212

Alternanza scuola lavoro diario di bordo:

guardare con occhi diversi il mondo
della disabilità

p.216

Istituzione Nucleo
Assistenziale Integrazione
Ospedale Territorio NAIOT

P.

DOTT.SSA
PORCELLI BARBARA

p.222

La consulenza infermieristica in ambito nefrologico

p.224

Centrale Operativa Assistenza Domiciliare (Care) ASL Roma 2

p.226

Percorso bambino diabetico a scuola

p.228

Case Management Infermieristico domiciliare per persone in NAD (Nutrizione Artificiale Domiciliare)

S.

p.230

Ri-costruire le relazioni umane in sanità:

area assistenziale a media-bassa intensità a gestione organizzativa infermieristica (AMBI)

p.234

Ri-costruire le relazioni umane in sanità:

implementazione di un modello di case management per cittadini residenti disabili non collaboranti, che esprimono un bisogno di prestazioni sanitarie

p.238

Team Infermieristico dedicato agli accessi vascolari

p.242

Intensive care:

“Discharge Planning” programma di handoff assistenziale del paziente di Terapia intensiva

DOTT.SSA
PROIETTI MARIA GRAZIA

p.244

Riallocazione del personale non idoneo e con limitazioni permanenti o temporanee pari o superiori a un anno

S.

DOTT.SSA
SANDRONI CINZIA

p.248

Classificazione dei pazienti nei reparti di degenza medica e chirurgia nella progettualità dei percorsi per intensità di cura per l'Ospedale dei Castelli

p.250

Rimodulazione del processo assistenziale al paziente oncologico:

l'accertamento bio-psico-sociale mediante la Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)

DOTT.
SILI ALESSANDRO

p.252

Il care management a supporto del processo di ricovero

DOTT.SSA
STEFANELLI ANTONIA

p.256

Ergonomia e buone pratiche nell'ottimizzazione dei comportamenti nel lavoro di équipe delle sale operatorie in ambito di radioprotezione

p.258

VMM Valutazione Miglioramento e Monitoraggio della performance del tecnico di radiologia operante in senologia nell'Area Toscana Centro

T.

DOTT.SSA
TOMASIN RITA PATRIZIA

p.268

L'istituzione di una centrale di Case Management per garantire la continuità dei percorsi ospedalieri e territoriali

DOTT.
TURCI CARLO

p.272

L'allattamento al seno un percorso di amore fra la mamma e il bambino

p.274

L'Umanizzazione delle prestazioni infermieristiche attraverso la documentazione

Z.

DOTT.SSA
ZANOTTO VIVIANA

p.276

Educazione a letto del paziente ospedalizzato alle corrette procedure per l'autocontrollo glicemico e la terapia insulinica sottocutanea, posizionamento di sensore per l'automonitoraggio glicemico

DOTT.SSA
ZOPPEGNO ANNA

p.280

Sperimentazione di un Sistema Informativo finalizzato alla valutazione degli interventi infermieristici nella “Unità a Gestione Infermieristica” (UDI) per la raccolta dati necessari alla misurazione dei Nursing Sensitive Outcome (NSO)

Introduzione

La **garanzia per i cittadini**, di una **buona organizzazione**, è uno degli obiettivi che un dirigente si pone nel corso della propria vita lavorativa. Buona organizzazione che in sanità si coniuga necessariamente con buona assistenza e reale presa in carico dei **bisogni del paziente**. Una buona organizzazione è il risultato di molteplici fattori, d'interventi efficaci di numerose professioni che collaborano con le risorse rese loro disponibili dal sistema. Se questo non bastasse l'organizzazione dovrà essere flessibile e sostenibile. La complessità del tema della sostenibilità dei modelli organizzativi ci impone una conoscenza dei contesti, della sofisticazione delle tecnologie e della cultura che sottende l'organizzazione. La storia ha dimostrato come spesso non è la quantità di risorse investite che fa funzionare un'organizzazione ma la resilienza degli attori al cambiamento e l'affidabilità del modello rispetto al contesto.

La complessità del SSN non è stata sempre affrontata con metodo, formazione, con tutti gli attori protagonisti e con capacità di progettazione organizzativa, questo ha determinato la nascita di modelli che avevano spesso poca attinenza con la realtà che si voleva trasformare con il risultato di sistemi che anziché innovarsi, involvevano.

Il tema dei modelli organizzativi innovativi si inserisce in una cornice storica sanitaria che deve **coinvolgere tutti gli stakeholder/attori**: manager, tecnici, professioni, istituzioni, associazioni, cittadini.

Il sistema salute è una grande cornice dove nel

tempo è stata rappresentata la storia culturale di questi attori e la loro narrazione. Il modello adottato raccontava una storia che rifletteva lo sviluppo della scienza, della filosofia, della medicina, dell'economia del paese. Una sorta di trasferimento delle "conoscenze scientifiche" nell'ambito della pratica.

Al di là del modello e degli strumenti adottati la qualità dei modelli non è sempre in funzione delle risorse investite ma è legata alla **abilità**, **creatività** e alla **passione** dei singoli **professionisti** e delle comunità di professionisti. Spesso una buona organizzazione è il risultato di determinate scelte, della creazione di condizioni favorevoli a un'effettiva multidisciplinarietà, multiprofessionalità e stretta interrelazione e soprattutto una buona capacità di sintesi e valutazione dei **risultati ottenuti**. Il dilemma è quindi come favorire la partecipazione di tutti i protagonisti per lo sviluppo delle organizzazioni sanitarie, per costruire una **cultura condivisa** che possa rendere sostenibile il sistema che per definizione è complesso, variabile e instabile. Riflettere sullo stato dell'arte e creare le condizioni per sviluppare modelli sempre più innovativi e più performanti significa passare da una logica di government a modelli di governance.

Affrontare questi argomenti in modo sistematico significa rendere coerenti gli obiettivi, le competenze, le funzioni e le responsabilità connesse. È necessaria, infatti, una capacità progettuale che riconsideri le responsabilità clinico – assistenziali – organizzative – metodologiche – amministrative, con le direzioni strategiche e la formazione.



Spesso un processo di riorganizzazione favorisce la **responsabilizzazione di tutti gli attori coinvolti**, e migliora il clima e la partecipazione, indirizza verso una migliore qualità dell'assistenza. Ciò è possibile attraverso uno **stile di pensiero integrato e condiviso** in ogni fase del processo organizzativo e tra tutti coloro che vi sono coinvolti.

Da queste considerazioni nasce l'ipotesi che vi è la possibilità di **trasferire know-how e esperienze** maturate in contesti differenti da dove nascono. La raccolta di buone pratiche organizzative implementate nei vari setting assistenziali, negli ospedali, nel territorio, in una unità operativa, in un gruppo professionale, in qualunque luogo le professioni sanitarie riconoscono il loro ambito di interesse, potesse essere utile per diffondere una cultura organizzativa in perenne trasformazione.

Federsanità per statuto e per vocazione è da sempre impegnata in **progetti di diffusione di cultura professionale** all'interno delle organizzazioni contemporanee. I progetti selezionati per il libro rappresentano le "buone pratiche" organizzative che i Dirigenti delle Professioni Sanitarie hanno implementato e reso sostenibili nei loro luoghi di lavoro e potenzialmente "esportabili" in altri contesti. La loro diffusione, ci si auspica, potrà favorirne la fruizione e l'utilizzo.

Per "buona pratica organizzativa" in questo caso intendiamo i progetti implementati nella realtà sanitaria italiana che hanno avuto dei risultati, i loro punti di forza e di debolezza, l'efficacia, le

modalità di realizzazione, l'approccio metodologico, la soluzione operativa le caratteristiche di qualità e innovatività, e il contributo offerto alla soddisfazione del bisogno o alla soluzione dell'eventuale problema che l'ha fatta intraprendere.

Le buone pratiche organizzative che proponiamo ci auspichiamo che possano essere utili da condividere, disseminare e alimentarne di nuove in contesti diversi da quello originario, e innescare nuove idee e diversi sviluppi innovativi. Per semplificare come trasformare **"progetti locali"** in **"modelli universali"** concreti, finalizzati al miglioramento delle performance dei servizi sanitari.

Si propone di poter pensare a questi progetti come una **risorsa condivisa** da una comunità professionale per porsi interrogativi, controversie, dubbi, dispute che possano essere affrontati solo attraverso buone strategie di gestione collaborativa. Solo una gestione comune, infatti, può evitare ripensamenti, controversie e conflitti interprofessionali. Una buona pratica esiste solo in quanto appartenente a una collettività che ne dispone l'uso, l'obsolescenza e la rimessa in discussione.

LUCIA MITELLO

*Coordinatore Forum Professioni
Sanitarie Federsanità*



SETTING ASSISTENZIALI TERRITORIALI

La rete assistenziale lesioni cutanee:

il percorso per assistiti portatori di lesioni cutanee croniche nell'**Azienda USL Toscana sudest** attraverso l'impiego di tecnologie avanzate a domicilio

Dott.ssa Sandroni Sara – Responsabile P.O. Referente Rete Assistenziale Lesioni Cutanee
Dott.ssa Bellucci Silvia – Direttore UOP Innovazione, EBP e Ricerca
Dott. Lorenzo Baragatti -Direttore Dipartimento professioni infermieristiche e ostetriche
Azienda USL Toscana sudest



La Regione Toscana e di seguito le Aziende Sanitarie hanno definito la necessità della costruzione di **percorsi assistenziali** per il trattamento di ferite difficili nei territori, attraverso anche l'impiego di tecnologie avanzate.

In Azienda USL Toscana sudest è stata costituita una organizzazione a rete assistenziale con forte valorizzazione delle competenze professionali specialistiche per il **“care”** di questa tipologia di assistiti, che ha consentito di effettuare da anni, grazie al binomio MMG-Infermiere, il trattamento direttamente al domicilio della persona con la terapia a pressione negativa.

In conclusione nell'ottica di incrementare la qualità dell'assistenza, si propone di implementare il modello assistenziale domiciliare con un progetto dove l'infermiere territoriale con competenze avanzate abbia a disposizione nuovi strumenti tecnologici, operando in rete con gli altri professionisti sanitari, per il miglior trattamento delle lesioni cutanee croniche complesse.



ABSTRACT

L'incremento del fenomeno della cronicità e la necessità di effettuare ricoveri ospedalieri sempre più fast comporta la logica conseguenza di **“affidare”** sempre di più gli assistiti a livello **domiciliare**, con un conseguente carico assistenziale più elevato a carico del Servizio Sanitario Nazionale e delle famiglie/caregiver.

Il fenomeno dei cittadini portatori di lesioni cutanee croniche è in **aumento**, come condiviso dalla letteratura scientifica internazionale, è quindi necessario implementare le strutture presenti con valori aggiunti che incrementino la qualità dell'assistenza in termini di efficacia ed efficienza. Lo scopo del progetto è il raggiungimento di questi obiettivi, attraverso un piano assistenziale personalizzato con impiego di tecnologie al domicilio.



OBIETTIVI

Lo scopo è quello di assicurare un **percorso integrato multidisciplinare e multiprofessionale al domicilio** della persona assistita utilizzando, rispetto all'attuale organizzazione, maggiori tipologie di tecnologie avanzate per il trattamento delle lesioni cutanee croniche (dispositivo di debridement ad ultrasuoni, terapia a pressione

negativa con instillazione, lampada a luce fredda per lesioni croniche).

Questo progetto di miglioramento contribuirà a:

- Utilizzare di dispositivi ad alta tecnologia nell'assistenza domiciliare,
- Ridurre i costi di gestione delle lesioni croniche, in quanto avremo riduzione dei tempi di trattamento,
- Miglioramento qualità assistenziale percepita ed erogata,
- Incremento delle competenze dei professionisti coinvolti,
- Ridotta necessità di accesso ad ambulatori ospedalieri.

Gli indicatori che saranno monitorati saranno:

1. Ridotto accesso a strutture ambulatoriali ospedaliere,
2. Riduzione del tempo di presa in cura domiciliare,
3. Riduzione del tempo di trattamento delle lesioni,
4. Miglioramento della qualità percepita dagli assistiti.



METODO

Nel modello organizzativo di rete assistenziale, gli infermieri esperti referenti si pongono come valore aggiunto a livello domiciliare in

binomio insieme al MMG per la pianificazione dei trattamenti domiciliari di assistiti portatori di lesioni cutanee croniche ad eziologia varia.

Il team di cura insieme alla figura dell'infermiere specialista definisce le **priorità di trattamento** e le potenzialità tecnologiche applicabili in base alle condizioni della lesione ed alle caratteristiche dell'assistito.

L'arruolabilità alle diverse tipologie di tecnologie deve consentire l'integrazione e l'interfaccia con i medici specialisti allo scopo della presa in cura specifica con pianificazione di percorso assistenziale.

Le diverse tipologie di trattamenti e le tecnologie utilizzabili saranno effettuate dall'infermiere esperto referente direttamente al domicilio dell'assistito in condivisione con il MMG, responsabile clinico dell'assistito e del suo percorso di cura.

La realizzazione del progetto deve essere preceduta da fare di formazione teorico-pratica sulle nuove tecnologie utilizzate e da informativa-training dei caregiver.



RISULTATI

Implementare un modello che incrementa la qualità delle cure: l'uso della tecnologia nel setting domiciliare permette la riduzione dei giorni di

ricovero e l'opportunità di non obbligare la persona a muoversi da casa propria.

Plan: Analisi del processo corrente e creazione di un protocollo condiviso.

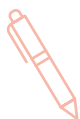
Do: Implementazione delle azioni di miglioramento con arruolamento dei pazienti nel protocollo.

Check: Controllo attraverso l'analisi dei risultati, la soddisfazione dell'utenza ed i costi sostenuti.

Act: Standardizzazione delle procedure, analisi delle criticità e applicazione dei protocolli.

L'utilizzo di piani assistenziali strutturati con l'impiego di tecnologie avanzate consentirà:

1. Appropriatelyzza garantita dalla rete ospedale-territorio: ottenuti risultati notevoli in termini numerici di lesioni risolte,
2. Analisi di sostenibilità del progetto: realizzazione del miglior rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti, flessibilità nell'erogazione dei servizi, ottimizzazione delle risorse e riduzione dei costi,
3. Impatto e gradimento del progetto valutati attraverso colloqui rivolti a pazienti e familiari,
4. Importante crescita professionale: condivisione di conoscenze e addestramento incrementano le competenze dei professionisti coinvolti.



CONCLUSIONI

La strutturazione di un percorso assistenziale "su misura" per i portatori di lesioni cutanee croniche consente lo sviluppo di un modello studiato sulle caratteristiche dell'assistito nell'ottica d'integrazione interdisciplinare. L'incremento delle tecnologie consente un ulteriore incremento della qualità assistenziale.



PUNTI DI FORZA

Incremento qualità assistenza –
Collaborazione multiprofessionale

Ottimizzazione utilizzo risorse
ospedaliere

Miglioramento percorsi assistenziali

Riduzione costi totali di trattamento

Incremento qualità professionale

CRITICITÀ

Difficoltà di alcuni operatori
nell'utilizzo delle nuove tecnologie,
training allo start

Necessità di adeguare il modello
organizzativo sugli infermieri esperti
referenti per consentire di avere il
tempo necessario per gli accessi
domiciliari che richiedono tempistica
maggiore rispetto allo standard



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Team multiprofessionale (MMG, infermieri domiciliari, infermieri specialisti lesioni cutanee, medici specialistici di setting assistenziale (chirurgia generale, vascolare, dermatologia, ortopedia).



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Verrà impostato un Cronoprogramma dove verranno definite le azioni ed il tempo con monitoraggio mensile.



DIPARTIMENTI DI EMERGENZA URGENZA E CASE DELLA SALUTE

Il See and Treat come strategia per i codici minori:

dal Pronto Soccorso alle Case della Salute

Dott. Righi Lorenzo - Infermiere, Dipartimento Emergenza Urgenza, USL Toscana Sud Est

Dott. Becattini Giovanni - Direttore U.O.C. Continuità Assistenziale Infermieristica e Supporto all'Assistenza Area Senese Nord USL Toscana Sud Est

Dott.ssa Bellucci Silvia - Direttore UOP Innovazione, EBP e Ricerca, USL Toscana Sud Est;

Dott. Baragatti Lorenzo - Direttore Dipartimento professioni infermieristiche e ostetriche, USL Toscana Sud Est.



ABSTRACT

Il termine Casa della Salute (CDS) fa la sua comparsa nell'anno 2000, anche se alcuni concetti base erano già stati riportati nella legge 229/99 (art.3-quater e successivi) e nella legge 328/2000 (sull'assistenza socio sanitaria).

La Casa della Salute permette un'efficace presa in carico, specialmente per quanto riguarda le persone affette da patologie croniche, attraverso la sua essenza che si fonda su tre principi fondamentali e successivi fra loro: **accoglienza, presa in carico e integrazione**. Le sedi devono garantire servizi e offrire prestazioni socio-sanitarie su più livelli di complessità assistenziale, relativamente al territorio in cui sono ubicate in base alle esigenze del bacino di utenza che vi afferisce. Devono unire

in un unico centro le prestazioni attualmente fornite dai medici di famiglia, dai pediatri, dagli specialisti ambulatoriali, dalla guardia medica e dall'insieme dei servizi socio sanitari. Al suo interno, la figura dell'**infermiere di famiglia riveste un ruolo chiave**, attuando interventi di promozione, prevenzione, educazione e formazione nell'autogestione delle malattie croniche.

Sempre a tale scopo la regione Toscana ha cercato tramite il **processo sperimentale del See and Treat** elaborato nel 2007 di dare una risposta assistenziale alle urgenze minori e di fornire al cittadino una risposta appropriata coinvolgendolo nel processo di erogazione delle cure (delibera n. 958/2007 e n. 449/2010).



Il Pronto Soccorso oggi è sempre più oppresso da richieste di prestazioni improprie, e ciò comporta un significativo aumento dei tempi di attesa per la visita medica, col rischio che non vengano tempestivamente erogate al paziente critico prestazioni sanitarie urgenti di cui ha bisogno. L'introduzione di un modello di "See and Treat" rappresenta una possibile strategia di risposta a queste esigenze. Diversi studi in letteratura hanno dimostrato i benefici dell'utilizzo del percorso See & Treat in termini di riduzione dei tempi d'attesa per la visita, con un notevole aumento del grado di soddisfazione del paziente, mantenendo adeguati standard di qualità.



OBIETTIVI

L'obiettivo principale di questo progetto consiste nell'*analizzare e individuare la casistica minore afferente al Pronto Soccorso del Presidio*

Ospedaliero di Poggibonsi (SI) Usl Toscana Sud EST gestibile con l'approccio See & Treat.

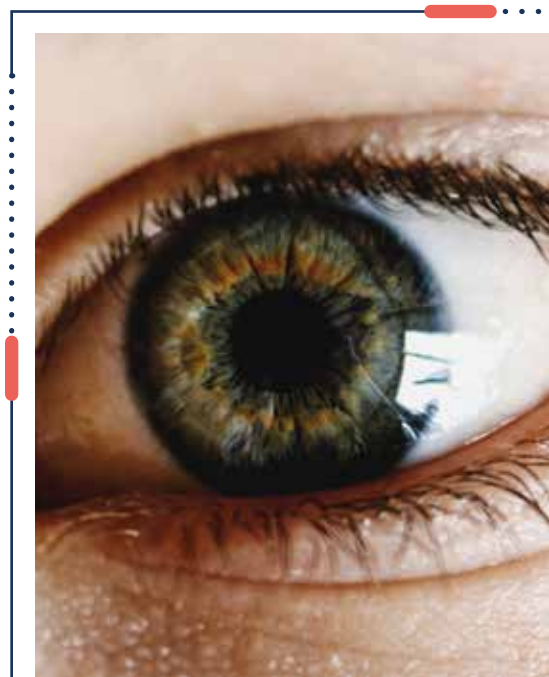
L'obiettivo secondario consiste nel proporre nei casi attentamente selezionati una futura applicabilità del modello See & Treat all'interno delle Case della Salute.

Tra le proposte di miglioramento e le prospettive future risulta auspicabile:

- Aumentare il numero dei protocolli clinici di trattamento
- Incrementare la praticabilità dei protocolli annullando alcune limitazioni di intervento
- Creare una procedura aziendale che migliori la collaborazione con i servizi di diagnostica per immagine in modo da facilitare i percorsi di See and Treat
- Avviare un progetto di formazione continua degli infermieri per rinnovare ed allineare le competenze tecnico-professionali.

L'auspicabile estensione e l'ampliamento dei percorsi See and Treat nei Pronto Soccorso condurrà ad un *generale miglioramento* dell'efficienza del sistema emergenza-urgenza nella sua totalità, ponendo una particolare attenzione alla riduzione dei lunghi tempi d'attesa dei pazienti affetti dalle problematiche più gravi. Contribuirà al miglioramento della qualità percepita ed erogata, incrementando le competenze dei professionisti coinvolti.

Il percorso See and Treat può essere previsto anche nelle strutture territoriali in modo da sequestrare una significativa quantità di utenti con problemi clinici minori che altrimenti giungerebbero in Pronto Soccorso.



Gli indicatori che saranno monitorati saranno:

1. Riduzione dei tempi di presa in carico in Pronto Soccorso, trattando i casi minori direttamente sul territorio
2. Riduzione dei tempi di presa in carico degli utenti ad alta complessità in Pronto Soccorso
3. Riduzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso
4. Riduzione del fenomeno dell'overcrowding in Pronto Soccorso
5. Miglioramento della motivazione professionale del personale infermieristico coinvolto
6. Miglioramento della qualità percepita dagli assistiti.



METODO

Le prime simulazioni progettuali del S&T in Toscana scaturirono dal Pronto Soccorso di Campostaggia, nei pressi di Poggibonsi (Siena): questo servizio ha le caratteristiche tipiche di un Pronto Soccorso territoriale, punto di riferimento delle comunità locali, stimabili in circa 75.000 cittadini, a circa 30 minuti di auto da un DEA di secondo livello, quello dell'A.O.U. Siena, e con numero di accessi tra i 25.000 ed i 30.000 annui. Si è quindi strutturato un percorso presso il Pronto Soccorso di Campostaggia, individuando un gruppo di popolazione eleggibile da avviare a un trattamento ambulatoriale semplice, ovvero S&T infermieristico, verificando gli esiti di tale modello organizzativo per le cosiddette urgenze minori, evidenziandone in particolare la rilevanza per le persone ultrasessantacinquenni.

La selezione dei casi avviabili al S&T infermieristico nelle Case della Salute, operata sulla casistica del Pronto Soccorso di Campostaggia, ha risposto a due criteri:

- Avere motivo di accesso a valutazione e trattamento semplice
- Avere evidenza di liceità nell'ambito di esercizio autonomo infermieristico, ovvero il riscontro tra situazione presentata dal cittadino e sistema classificatorio delle diagnosi infermieristiche, degli interventi e degli esiti NANDA.



RISULTATI

Dai dati del Pronto Soccorso di Campostaggia si può notare come sia stato possibile sottrarre almeno il 12,2% degli accessi dal Pronto Soccorso e la rilevanza della quota persone over 65 anni: questa popolazione, secondo le stime nazionali, ha prevalenza di almeno una patologia cronica nel 78,3% nelle donne e nel 73,6% degli uomini, con potenziali ricadute positive di una presa in cura in Casa della Salute piuttosto che in Pronto Soccorso. Nel 2015 il Pronto Soccorso di Poggibonsi ha registrato 27.690 accessi, con trend in aumento confermato anche nel 2016. Nel sistema a 5 livelli di priorità, vigente in Toscana dal 2001:

- L'alta priorità è pari ad un terzo del totale degli accessi (codici rossi 2%, codici gialli 31%)
- I codici verdi sono il 46%
- La bassa priorità supera il 20% del totale (codici azzurri 17%, codici bianchi 4%).

Prendendo in esame questi dati, si potrebbe ipotizzare, con selezioni in successione, escludendo prima tutti i codici rossi e gialli, poi gli utenti con esito diverso da "invio a medico curante per conoscenza", che l'avvio al S&T presso le Case della Salute potrebbe riguardare ben 17.440 persone, potenzialmente candidabili al trattamento dei codici minori in strutture diverse dal Pronto Soccorso. Nell'ipotesi di selezionare ulteriormente la casistica S&T, depurandola dai casi richiedenti un inquadramento diagnostico differenziale, troveremmo anche i pazienti suscettibili di un trattamento ambulatoriale semplice, non necessariamente da assicurare in ambito ospedaliero.

L'utilizzo del modello See and Treat come strategia per i codici a bassa priorità consentirà di:

1. Garantire una riduzione dei tempi di presa in carico in Pronto Soccorso, trattando i casi minori direttamente sul territorio, con una riduzione della presa in carico degli utenti ad alta complessità

2. Garantire un'appropriata rete ospedale-territorio con una riduzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso
3. Garantire una maggiore ottimizzazione delle risorse disponibili andando ad agire sulla valorizzazione e motivazione del personale infermieristico esperto coinvolto
4. Agire sulla qualità percepita degli assistiti e il soddisfacimento dell'utenza
5. Agire sull'ottimizzazione delle risorse con una riduzione dei costi complessivi, andando ad intervenire sul miglior rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti.



CONCLUSIONI

L'esperienza toscana dimostra come il S&T sia un approccio raccomandabile in circa la metà degli accessi in Pronto Soccorso, evidenziando come, allo stato attuale, la necessaria condivisione medico infermieristica sul singolo caso, ed in specie nell'ultimazione del verbale di Pronto Soccorso, limiti fortemente le opportunità assicurabili dal S&T infermieristico, orientando verso un metodo che, pur valorizzando il suo significato innovativo sul piano dell'autonomia infermieristica, si fondi sull'integrazione multi professionale.

I dati presentati nel presente progetto evidenziano come sia rilevante la quota di accessi al PS che per motivo (urgenza minore) e contesto (persona con malattia cronica) sia suscettibile di trattamento non necessariamente in Pronto Soccorso e non appropriatamente considerabile come singolo evento. Infatti questa popolazione, per lo più anziana, potrebbe e dovrebbe avere a disposizione una risposta sul territorio, capace di effettiva presa in carico longitudinale, che comprenda anche le cosiddette urgenze minori.

La rispondenza evidenziata tra motivi di accesso al PS e Diagnosi NANDA dimostra non solo la liceità dell'intervento infermieristico nel S&T in PS, ma pone i presupposti per la sua applicazione autonoma e potenziata nelle Case della Salute. L'infermiere del S&T è un esperto, formato e certificato in Pronto Soccorso per le sue competenze specifiche, che opera nel rispetto di protocolli clinico assistenziali EBP, in particolare nella gestione dei problemi clinici minori che da anni ingolfano i PS. Nell'ambito delle Case della Salute, in particolare degli ambulatori infermieristici di queste, si potrebbero identificare delle strutture satellite del Pronto Soccorso per contribuire a migliorare la soddisfazione degli assistiti e l'appropriatezza nell'uso dei servizi.

PUNTI DI FORZA

Incremento della qualità dell'assistenza e della collaborazione multiprofessionale

Ottimizzazione delle risorse con riduzione dei costi

Potenziamento dei percorsi che si instaurano tra ospedale e territorio

Riduzione dei tempi di presa in carico in Pronto Soccorso degli utenti ad alta complessità

Riduzione del fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso

Incremento della qualità professionale e della motivazione del personale infermieristico esperto coinvolto.

CRITICITÀ

Difficoltà nell'aumentare il numero di protocolli clinici di trattamento e la loro praticabilità, annullando alcune limitazioni di intervento, creando una procedura aziendale che migliori la collaborazione con i servizi per facilitare i percorsi;

Necessità di adeguare il modello organizzativo sugli infermieri esperti per consentire di avere il tempo necessario per avviare il progetto, in modo da rinnovare e allineare le competenze tecnico-professionali tra le figure coinvolte.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Team multiprofessionale (medici di medicina generale, infermieri territoriali che lavorano all'interno delle Case della Salute, infermieri e medici afferenti ai Dipartimenti di Emergenza e Urgenza).



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Realizzazione di un progetto formativo che coinvolga il personale infermieristico esperto. Dopo aver definito le fasi di sperimentazione e i setting territoriali di riferimento, il personale coinvolto verrà monitorato mensilmente sull'attività svolta all'interno della Casa della Salute sede dell'avvio del progetto. Verranno anche monitorati gli accessi a bassa priorità dei Pronti Soccorsi durante tutta la fase di sperimentazione.



SETTING ASSISTENZIALI

Progetto per prevenzione e trattamento del **Delirium** per assistiti nell'Azienda USL Toscana Sud Est

Dott.ssa Romanelli Serena – U.O.P Inf. Clinica Cardioneuovascolare

Dott.ssa Bellucci Silvia – Direttore UOP Innovazione, EBP e Ricerca

Dott. Lorenzo Baragatti -Direttore Dipartimento professioni infermieristiche e ostetriche

Azienda USL Toscana sudest

Responsabile medico

Dott. Giovanni Falsini



ABSTRACT

Il Delirium è definito (ICD-10) come uno stato di **confusione mentale**, ad insorgenza acuta, con decorso fluttuante, di breve durata (da ore a giorni o mesi).

Il Delirium è presente nel 10-20% di tutti i pazienti ricoverati anziani (>70anni) e rappresenta un costo elevato per i sistemi sanitari ^[1]. Il Delirium, generalmente transitorio, comporta però il rischio di maggiore ospedalizzazione, maggiori eventi avversi durante l'ospedalizzazione, una maggiore mortalità in alcuni setting ospedalieri e una maggiore incidenza di decadimento cognitivo a distanza.

Il Delirium, che riconosce generalmente a cause mediche sottostanti, è caratterizzato dalla contemporanea presenza di **disturbi dell'attenzione e della coscienza**, del pensiero e della memoria, con alterazioni del comportamento psicomotorio, delle emozioni e del ritmo sonno veglia.



Il Delirium rimane ad oggi altamente sottostimato con una frequenza di casi non diagnosticati del 32-67% ^[5]. Fino al 20% dei pazienti anziani ospedalizzati presentano un quadro di Delirium all'ammissione (Delirium prevalente) e il 10-20% sviluppano un quadro di Delirium durante il ricovero. Esistono fattori di rischio per Delirium e fattori precipitanti dovuti principalmente all'assistenza.

Il Delirium è prevenibile nel 30-40% dei casi se eliminati i fattori precipitanti nei pazienti a maggior rischio. Prevenire il Delirium nelle persone anziane ricoverate in ospedale è pertanto un obiettivo prioritario e raggiungibile delle Aziende sanitarie ed anche una buona pratica per la sicurezza del paziente basata sulle evidenze scientifiche.

La costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari è necessaria per la definizione di procedure clinico-assistenziali mirate al trattamento, ovvero **all'individuazione dei fattori precipitanti** e degli aspetti della cura che possono ridurre i rischi di Delirium. Gli ospedali e gli operatori sanitari dovranno adottare un approccio proattivo per migliorare la consapevolezza, la comprensione, l'individuazione e la competenza clinica per la diagnosi ed il trattamento del Delirium.



OBIETTIVI

Lo scopo è quello di migliorare la gestione clinica e assistenziale dei pazienti con Delirium facilitando la diagnosi della patologia e indirizzando il corretto trattamento.



Questo progetto di miglioramento contribuirà a:

- A.** Analizzare attraverso una revisione di casistica, le criticità clinico assistenziali e organizzative presenti nella gestione del Delirium in un campione di pazienti
- B.** Mettere a punto procedure cliniche e organizzative per la sua diagnosi e trattamento, collaudandone efficacia ed efficienza
- C.** Definire indicatori di processo ed esito per il monitoraggio della patologia
- D.** Formazione degli operatori medici ed assistenziali (dove applicabile sono inclusi fisioterapisti ed OSS) in merito ai fattori predisponenti il Delirium ed all'impiego delle scale IQCode, RASS, CAM e CAM ICU per lo screening ed il trattamento

Gli indicatori che saranno monitorati saranno:

- 1.** Riduzione dei casi di Delirium incidente,
- 2.** Maggior numero di diagnosi di Delirium nella SDO
- 3.** Maggior numero di operatori formati nell'intercettazione precoce di Delirium,
- 4.** Miglioramento della qualità percepita dagli assistiti.



METODO

L'assessment e il trattamento sono orientati all'individuazione delle cause potenziali e sulle quali saranno strutturate le azioni di gestione del

Delirium. Il team di cura definisce le priorità di trattamento in base alle condizioni ed alle caratteristiche dell'assistito.

L'individuazione precoce deve consentire l'integrazione con i medici allo scopo della presa in cura specifica con pianificazione di percorso assistenziale.

Le diverse strategie farmacologiche e non farmacologiche devono essere implementate con attenzione per la sicurezza dell'assistito.

La realizzazione del progetto deve essere preceduta da formazione teorica e da informativa dei caregiver.



RISULTATI

Implementare una buona pratica per la gestione del Delirium permetterà una riduzione dei giorni di degenza, una valorizzazione del ruolo del familiare e una maggiore segnalazione di diagnosi di Delirium.

Plan: Analisi del processo corrente e creazione di un protocollo condiviso.

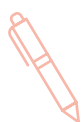
Do: Implementazione delle azioni di miglioramento con arruolamento dei pazienti nel protocollo.

Check: Controllo attraverso l'analisi dei risultati, la soddisfazione dell'utenza/caregivers dei casi di Delirium.

Act: Standardizzazione delle procedure, analisi delle criticità e applicazione dei protocolli.

L'utilizzo di strumenti di valutazione consentirà:

1. Appropriately nel percorso di presa in cura,
2. Analisi di sostenibilità del progetto: realizzazione di depliant informativi per i familiari/caregiver, ottimizzazione delle risorse e riduzione dei costi e riduzione giorni di degenza.
3. Impatto e gradimento del progetto valutati attraverso colloqui rivolti a pazienti e familiari,
4. Importante crescita professionale: condivisione di conoscenze e addestramento incrementano le competenze dei professionisti coinvolti.



CONCLUSIONI

La strutturazione di un protocollo assistenziale per la gestione del Delirium consente lo sviluppo di un modello studiato sull'implementazione di azioni mirate ad individuare quei fattori modificabili che identificano i pazienti a "rischio" e sui quali debbano essere messe in atto azioni di prevenzione e/o trattamento.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Team multiprofessionale (infermieri, medici, OSS, fisioterapisti)



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Verrà impostato un Cronoprogramma dove verranno definite le azioni ed il tempo con monitoraggio trimestrale.

PUNTI DI FORZA

Incremento qualità assistenza –
Collaborazione multiprofessionale

Miglioramento percorsi assistenziali

Incremento qualità professionale

CRITICITÀ

Difficoltà nell'utilizzo di strategie non
farmacologiche e farmacologiche.

Necessità di utilizzare strategie
farmacologiche in assenza di
collaborazione del caregiver



VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

“Intention to leave, intention to stay”

Dott.ssa Cossu Michela - ATS Pavia

Dott. Renoglio Erminia - ATS Pavia

Dott.ssa Niuitta Loredana - ATS Pavia

Dott.ssa Bertacco Martina - U.O.C. Ostetricia e Ginecologia AOVR OCM Verona

Dott. Bernardelli Stefano - ATS Pavia



AREA DI INTERVENTO DEL PROGETTO

La paura che molti dipendenti in possesso dei requisiti utilizzino “**quota 100**” anche oltre la convenienza relativa all’importo della pensione e alla possibilità di usufruire del trattamento di fine servizio solleva nuove domande sulla qualità del lavoro e dell’organizzazione del settore pubblico.

Si susseguono gli allarmi sulla fuga dai servizi socio sanitari, con il rischio di trovarsi con unità operative vuote, con danni per interruzione di servizio e prestazioni limitate per i cittadini.

Sarebbe quindi utile interrogarsi sul malessere presente nella pubblica amministrazione e sul perché, nell’era dell’activeageing e della necessità di avere una pensione adeguata in relazione all’aspettativa di vita, ci sarebbe un grande interesse a lasciare il posto pubblico, nonostante le penalizzazioni sull’assegno e sul divieto di cumulo.

L’occasione è utile per capire se c’è un malessere nel pubblico impiego (sì), da cosa nasca e come superarlo. Il fatto che molti dipendenti manifestino l’intenzione di lasciare la pubblica amministrazione

appena possibile, se può essere interessante dal punto di vista dei costi, può costituire un indicatore di cattiva organizzazione. Intendiamoci, raramente il pubblico impiego ci ha regalato scene di entusiasmo; ma storie di appartenenza e di fidelizzazione sì. Certamente “quota 100” può costituire l’ultima finestra utile prima di un’ulteriore stretta della normativa, a tutela della sostenibilità del sistema previdenziale (a ripartizione e in un Paese a demografia negativa), e questo può rappresentare una spinta importante. Ma ci sono altri fattori. Non si spiegherebbero gli allarmi per le possibili fughe in sanità, scuola, Comuni e ministeri.

Ci sono lavori usuranti, soprattutto nella scuola, nella sanità o tra le forze dell’ordine, che possono giustificare una parte della “**fuga**”.

Il deterioramento dei settori scolastico e sanitario è al contempo frutto e causa del malessere dei dipendenti. Ma è determinante la **mananza di una gestione delle risorse umane**. La pubblica amministrazione, salvo rare eccezioni, è un contesto lavorativo demotivante. Si sceglie il settore pubblico per ovviare all’incertezza dei mercati del lavoro di oggi, ma una volta reclutati il rischio è di languire in organizzazioni piatte e vecchie. L’entusiasmo iniziale e l’apporto di innovazione rischiano di scomparire già dopo il periodo di prova. È giusto prevedere il ritorno del giuramento (come fa la delega Bongiorno), ma non basta a fidelizzare le risorse umane. I reclutamenti dei prossimi mesi devono diventare un’occasione per cambiare il modo di gestire il personale. Non basta assicurare un turn-over del 100%, è importante curare

l'inserimento per conseguire l'innovazione con il reclutamento. Per questo sono importanti policy raramente seguite dal datore di lavoro pubblico.

Ne ricordiamo alcune. La formazione nella Pa è ridotta a poca cosa, e quella di ingresso è scomparsa; sempre meno si programmano corsi di formazione per facilitare l'inserimento e trasmettere conoscenze e **valori "aziendali"**. I percorsi di carriera sono poco trasparenti, lenti e premiano quasi sempre l'anzianità invece del merito e dell'innovazione. Profili professionali vecchi non favoriscono la specializzazione, l'identità e l'orgoglio professionale.

La reputazione del settore pubblico è negativa. Raramente si troverà un dipendente orgoglioso nel dire **"lavoro al comune o al ministero"**. La pubblica amministrazione non attrae i migliori e non crea spirito di appartenenza. I livelli salariali sono poi più bassi rispetto al privato, in termini sia di retribuzione sia di benefit o welfare aziendale.

Per chi viene assunto nella pubblica amministrazione c'è un rischio elevato di rimanere per anni nell'ufficio di ingresso, con scarse opportunità di crescita professionale prima ancora che di carriera. Sono poche le leve in mano ai dirigenti per premiare; ma occorre ricordare che manca una cultura della valorizzazione delle risorse umane in grado di utilizzare strumenti non monetari della motivazione. Il divario crescente tra lavoro pubblico e privato è oggi più nella gestione che nelle fonti di regolazione. C'è un'occasione storica per innovare la pubblica amministrazione italiana (si stimano solo per turn-over circa 150mila nuove assunzioni all'anno), ma bisogna essere consapevoli che la sola sostituzione anagrafica non basta. **Il capitale umano va curato e non sprecato**. Il reclutamento non può essere ridotto a problema giuridico (come si fanno i concorsi) ed economico (come si rispetta il tetto di spesa).

Le amministrazioni si preparino ad accogliere i nuovi assunti in maniera diversa da come è avvenuto nel passato. Da un **buon engagement** dipende la qualità e la produttività delle persone. Ed è a tutti noto quanto la pubblica amministrazione italiana abbia bisogno di tutto questo.



ABSTRACT

Le organizzazioni sanitarie del servizio sanitario nazionale sono organizzazioni sistemi complessi adattativi (CAS) in cui le **risorse umane** sono le componenti principali per raggiungere gli obiettivi salute per gli

utenti che a milioni ogni giorno li usano nel nostro paese. Tuttavia si assiste a fenomeni paradossali in cui il blocco del turn-over e lo **scarso investimento in formazione**, assieme ai numeri chiusi dell'università faccia assistere a titoli sui principali mass media in cui si denuncia la carenza cronica di professioni sanitarie a vario titolo.

Senza dimenticare lo spettro del vincolo di bilancio per le regioni sottoposte a piano di rientro e l'impossibilità per le altre di sfiorare i limiti imposti con le varie leggi di stabilità degli ultimi anni.

Il personale inserito nei contesti di diagnosi e cura si trova sottoposto a ritmi di vita molto elevati in ragione dei vincoli normativi nel rispetto degli orari di lavoro, dei mutati bisogni della popolazione, della tecnologia sempre imperante, dell'esplosione degli episodi di violenza fisica e verbale che quotidianamente avvengono da parte di utenti e pazienti.





OBIETTIVI

- Esplorare il fenomeno dell'*intention to leave* nel personale sanitario
- Esplorare il fenomeno dell'*intention to stay* nel personale sanitario
- Ricerca di un modello organizzativo che possa far crescere il personale al fine di ridurre i turn-over.



METODO

Analisi della letteratura mediante consultazione dei *database PubMed* e *CINALH* con le seguenti parole chiave: intention to leave, intention to stay, magnet hospital, human capital e della letteratura organizzativa rispetto a predittori clima organizzativo.

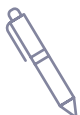
Condivisione del progetto con:

- Esponenti del comitato centrale della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche
- Dipartimento di Medicina Molecolare Università degli Studi di Padova



RISULTATI

Esplorare il panorama internazionale rispetto agli obiettivi prefissati e ipotizzare un modello concettuale per "intention to stay e intention to leave" del personale



CONCLUSIONI

Il progetto "Intention to leave, intention to stay", come strumento di sviluppo organizzativo al fine di promuovere una visione diversa delle risorse umane ma come valore aggiunto, come punta di diamante dell'intera organizzazione, dove ogni persona possa esprimere al meglio proprio potenziale lavorativo per promuovere migliori come affermato la Teoria generale dei sistemi, dove la somma dei fattori componenti il sistema è più della somma singoli elementi.

La valorizzazione del personale e setting organizzativi che tengano conto di condizioni lavorative migliori fanno la differenza rispetto agli outcome del paziente, minore mortalità del paziente, minori infezioni correlate all'assistenza, minor turn-over del personale solo per citarne alcuni.

PUNTI DI FORZA

Forte attenzione al capitale umano e alle sue relazioni

Conciliazione tra i tempi di lavoro e quelli dedicati alla famiglia

Sviluppo e formazione del personale

Senso di appartenenza alle organizzazioni sanitarie e condivisione con i valori che portano con sé

Nuovi modelli organizzativi centrati e sviluppati sulla persona

CRITICITÀ

Vincoli normativi rispetto a spesa del costo del personale nei bilanci delle aziende sanitarie e ospedaliere del nostro paese

Vincoli normativi rispetto a standard del personale e alle procedure selettive sempre più centralizzate



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri, Ostetriche, Dirigenti delle Professioni Sanitarie, Dirigenti Medici



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

1 anno



DIPENDENTI DI COMPARTO E DIRIGENTI
DELL'AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI

Il benessere organizzativo in APSS

*Dott.ssa Bertoni Ornella – Direttore Professioni Sanitarie Area
Tecnica (Servizio Ospedaliero Provinciale)
Referente progetto Per.La e Smart Work
Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento*



ABSTRACT

Negli ultimi 15 anni abbiamo assistito all'affermarsi di un'economia della flessibilità, in termini spaziali, temporali e relazionali: di conseguenza, anche il modo di lavorare è cambiato. L'introduzione delle nuove tecnologie, la caduta dei tradizionali confini geografici e di settore, il passaggio dalle logiche di prodotto a quelle di servizio, il crescente numero di donne lavoratrici e l'invecchiamento della popolazione al lavoro hanno reso sempre più cruciale per le aziende il tema del **WLB work-life balance**.

A questo quadro generale si aggiunge, soprattutto negli ultimi anni, l'instabilità del contesto lavorativo che richiede ai dipendenti livelli crescenti di impegno, sia in termini di quantità di lavoro che di coinvolgimento emotivo e cognitivo.

È uno dei motivi per cui i collaboratori avvertono sempre di più la difficoltà di gestire il proprio tempo senza sacrificare il lavoro, gli impegni personali e la vita familiare. Per rispondere a queste esigenze, le aziende eccellenti hanno sviluppato negli anni una varietà di sistemi e programmi per creare ambienti capaci di dare risposte ai bisogni dei collaboratori e delle loro famiglie.

La sfida è rappresentata dalla capacità di bilanciare in modo equilibrato il lavoro (inteso come carriera e ambizione professionale) e la vita privata (famiglia, svago, divertimento).





OBIETTIVI

Con l'entrata in vigore della **Legge n. 124/2015** alle Amministrazioni Pubbliche è stato richiesto di adottare misure organizzative finalizzate all'attuazione

del telelavoro/lavoro agile e alla sperimentazione, anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano - **entro il triennio successivo (agosto 2018)** - ad almeno il 10 per cento dei dipendenti che lo richiedano, di avvalersi di tali modalità organizzative senza subire penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.

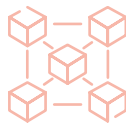
Studi organizzativi hanno dimostrato che l'attivazione di forme flessibili di lavoro generano qualità delle prestazioni lavorative e:

- Maggiore produttività (vista la maggiore efficienza)
- Riduzione dei costi (minori spese di trasferta, spazi di lavoro essenziali e flessibili)
- Minore impatto ambientale
- Miglioramento significativo della qualità della vita personale, più tempo in famiglia
- Riduzione dello stress.

Le stesse motivazioni hanno portato APSS in collaborazione con l'Università di Trento una serie di interventi a tutt'oggi in essere quali:

- Progetto Per.La (flessibilità orari per personale di comparto)
- Asilo nido aziendale
- Progetto lunghe assenze (per donne in gravidanza)
- Telelavoro e isole telelavoro
- Progetto smart work per dirigenti

L'obiettivo è quello di curare la gestione innovativa degli orari di lavoro (part-time, telelavoro, smart working) secondo sistemi flessibili, per conciliare le esigenze di vita e di lavoro, favorendo l'estensione e la semplificazione delle forme innovative già sperimentate (Per.La) contribuendo all'individuazione, progettazione e sviluppo di nuove misure per favorire il benessere organizzativo dei dipendenti e quindi rispondere alle richieste di conciliazione fra vita professionale e vita familiare dei dipendenti attraverso il **raggiungimento di un accordo** che tenga conto congiuntamente delle esigenze individuali, del servizio, dei colleghi e dell'organizzazione.



METODO

La metodologia ha seguito questi passaggi:

- Presentazione e raccolta accordo con la Direzione Risorse Umane sul progetto
- Analisi dell'esistente e stesura linee di innovazione
- Costruzione ed analisi di questionari per la raccolta dei fabbisogni di conciliazione da parte degli operatori
- Costituzione gruppo di lavoro la cui attività è stata quella di:
 - Redigere gli accordi e stilare i KPI
 - Informare e formare i Responsabili di U.O
 - Analizzare gli indicatori di performance
 - Manutentare il feed back con la Direzione RU
- Istituire le competenze amministrative per una risposta efficace ed efficiente
- Costituzione di un gruppo di referenti che raccolgono le esigenze e le mediano con lo **"strumento adeguato"** che sia la flessibilità, il telelavoro o lo smart work.



RISULTATI

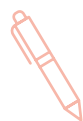
L'**attivazione del Progetto Per.La** (personalizzazione dell'orario di lavoro) ha permesso di rispondere alle richieste di conciliazione fra vita professionale

e vita familiare dei dipendenti attraverso il raggiungimento di un accordo che tenga conto congiuntamente delle esigenze individuali, del servizio, dei colleghi e dell'organizzazione.

Ad oggi sono **754 dipendenti** amministrativi e sanitari che utilizzano la personalizzazione.

I risultati sono più che soddisfacenti sia da parte dei dipendenti che per l'organizzazione in termini di qualità di vita percepita, aumento di ore lavorate, diminuzione di ore straordinarie e diminuzione di assenze per malattia.

L'attivazione del progetto sperimentale **smart work** per 17 dirigenti ha permesso di testare non solo la flessibilità dell'orario ma anche l'autonomia nella scelta degli spazi a fronte di una maggiore responsabilizzazione del raggiungimento dei risultati, con grande soddisfazione dei dipendenti per cui si può ipotizzare un'espansione di tale progetto ad altri dipendenti di **APSS**.



CONCLUSIONI

Per raggiungere il traguardo prefissato APSS ha attivato quali misure di conciliazione: la personalizzazione degli orari di lavoro, il telelavoro e lo smart work, ossia:

- La possibilità di strutturare un orario di lavoro che consente la convergenza tra esigenze della singola persona e il contesto lavorativo di riferimento
- La possibilità di svolgere parte dei propri compiti in un luogo diverso dalla sede lavorativa principale (il proprio domicilio o una sede aziendale diversa all'interno di un'isola di telelavoro)
- La possibilità di svolgere l'attività che non è più legato alla presenza fisica dei lavoratori in un certo luogo e per un certo periodo di tempo ma alla loro capacità di generare innovazione. La flessibilità, la fiducia, l'autonomia e la responsabilizzazione introdotte dallo smart working, generano un maggior senso di appartenenza all'azienda

La possibilità di combinare le misure di flessibilità aggiunge ulteriori opportunità di soluzioni organizzative e individuali e sono strumenti manageriali che supportano un approccio flessibile e non stereotipato all'evoluzione delle dinamiche individuali, organizzative, professionali e relazionali combinato con una puntuale attenzione agli obiettivi personali e professionali delle persone e agli obiettivi lavorativi e organizzativi del singolo Servizio e/o U.O.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Direttori Amministrativi, Direzione Medica, Direzione Risorse Umane.



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Da alcuni anni a tutt'oggi

PUNTI DI FORZA

Organizzazione orientata al cambiamento

Prima fase progettuale con l'appoggio dell'Università di Trento

Motivazione e competenza degli "attori coinvolti"

CRITICITÀ

Tempi lunghi per la deliberazione, la formazione e la stesura documentale

Analisi della legislazione e declinazione nei documenti aziendali



PROCEDURE DIAGNOSTICHE PRATICATE NELLE
RADIOLOGIE AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI
RADIOLOGICA

Gestione della dose radiante in ottemperanza alla Direttiva Euratom 59/2013

Dott.ssa Bertoni Ornella – Direttore Professioni Sanitarie Area
Tecnica (Servizio Ospedaliero Provinciale)
Referente progetto Per.La e Smart Work
Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento



ABSTRACT

Nel settore medico, importanti sviluppi tecnologici e scientifici hanno determinato un incremento notevole dell'esposizione dei pazienti.

A tale riguardo, la gestione della dose radiante in ottemperanza alla **Direttiva Euratom 59/2013** evidenzia la necessità di giustificare le esposizioni mediche, compresa l'esposizione di soggetti asintomatici, e rafforzare i requisiti riguardanti le informazioni da fornire ai pazienti, la registrazione e la comunicazione delle dosi dovute alle procedure mediche, l'adozione di livelli di riferimento diagnostici nonché la disponibilità di dispositivi che segnalino la dose.

Per assicurare ai cittadini, negli ambiti di competenza, su tutta la Provincia Autonoma di Trento

- Pari qualità delle cure e delle diagnosi
- Pari sicurezza e protezione del paziente
- Pari sicurezza e protezione dei lavoratori e della popolazione



OBIETTIVI

Nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) il Dipartimento di Radiodiagnostica è costituito dalle UU.OO. di Radiologia di Trento,

Rovereto/Arco, Tione, Cles, Cavalese/Borgo nonché di Senologia e Screening, tutte dotate di un unico sistema Ris-Pacs.

L'attività svolta nelle **UU.OO.** è organizzata in modo di rispondere ai principi di giustificazione e di ottimizzazione per la radioprotezione stabiliti dalla **Commissione ICRP** (International Commission on Radiation Protection) e regolamentati in Italia dal decreto legislativo 187/2000.

Vietando l'esposizione non giustificata alle radiazioni ionizzanti, il primo principio obbliga il medico prescrivente e il medico specialista a tenere conto dei benefici del singolo esame per il paziente e soprattutto del rapporto rischio/beneficio per

la salute del paziente. In particolare le esposizioni mediche individuali devono essere giustificate preliminarmente, tenendo conto degli obiettivi specifici dell'esposizione e delle caratteristiche della persona interessata.

Una volta garantito il principio di giustificazione, il secondo principio richiede al personale sanitario di mantenere la dose al livello più basso ragionevolmente ottenibile compatibile con il raggiungimento dell'informazione diagnostica richiesta, tenendo conto anche di fattori economici e sociali. Ai fini dell'ottimizzazione dell'esecuzione degli esami radiodiagnostici, si deve tenere conto pertanto dei **Livelli Diagnostici di Riferimento (LDR)** secondo le linee guida indicate.

In accordo con il principio **ALARA** (As Low As Reasonable Achievable), l'applicazione dei concetti di radioprotezione dovrebbe mantenere la dose al di sotto dei LDR, riferiti a persone standard, senza nulla togliere al valore diagnostico dell'esame. In teoria la dose ricevuta dal paziente dovrebbe essere, infatti, indipendente dall'orario e dal giorno settimanale in cui è stato svolto l'esame (es. week-end o la notte) ed in particolare indipendente dall'operatore sanitario e dall'unità operativa in cui si è svolto.

Ad oggi nel Dipartimento di Radiodiagnostica con l'aiuto del Servizio di Fisica Sanitaria sono state elaborate le **"Procedure inerenti le pratiche radiologiche clinicamente sperimentate"** attuazione delle Linee guida (art. 6, decreto legislativo n. 187/2000) ma si vuole rispondere alla nuova richiesta normativa - recepimento della direttiva Euratom 59/2013, **che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, attraverso il monitoraggio della dose radiante di tutte le procedure**, attività che, se svolta in modo costante, può consentire di controllare le performance, di ottimizzare i protocolli e di ridurre procedure scorrette nell'ottica del miglioramento continuo.

Inoltre la direttiva obbliga alla registrazione della dose del paziente nel referto radiologico. A seguito di questo, il gruppo di lavoro ha deciso di avviare un progetto di miglioramento, non solo per ottemperare alla normativa vigente ma anche per: socializzare le linee guida tra UU.OO., uniformare le conoscenze al fine di ottimizzare l'erogazione della dose, aumentare la consapevolezza del ruolo. Tale progetto prevede anche un'attività formativa la cui finalità è quella di omogeneizzare ed allineare le

conoscenze di tutti i professionisti del Dipartimento di Radiodiagnostica.

A conclusione dell'attività d'aula il progetto di miglioramento a quale obiettivo quello di costruire e condividere un protocollo in ottemperanza alla normativa per garantire l'attivazione di comportamenti coerenti e omogenei, e di garantire attraverso un referente CTSRM che collaborerà con il Servizio di Fisica Sanitaria alla **"manutenzione"** dei processi e di rilevamento dose.



METODO

Fase Analisi

Il progetto prevede di effettuare un'analisi che metta in relazione le linee guida già redatte dalle UU.OO. di Radiodiagnostica ed i dati della Fisica Sanitaria relativi alle "dosi" emergenti dalle procedure radiologiche descritte. Tale analisi permetterà di estrapolare le procedure che in termini di dose erogata avranno bisogno di costruzione-revisione.

Individuazione dei correttivi

Le strategie per correggere/allineare i dati sono relative alle azioni di analisi che il gruppo di lavoro dovrà attivare interagendo con gli esperti di analisi dei dati, i TSRM, i radiologi ed i fisici sanitari.

Le azioni sono:

- Analisi procedure con coinvolgimento operatori TSRM per attestare se coerenti a quanto previsto dal legislatore
- Analisi procedure con coinvolgimento fisica sanitari e radiologi per porre eventuali correttivi
- Analisi procedure secondo i correttivi posti con il coinvolgimento dei TSRM, fisici e radiologi.

Costruzione di strumenti

Le procedure redatte costituiranno la base per una riflessione che supporterà la costruzione di un modello consapevole di "comunicazione" verso i pazienti

Produzione - Implementazione

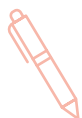
Al termine del progetto verrà redatto in ottemperanza alla normativa un protocollo contenente tutte le procedure diagnostiche, che garantisca l'attivazione di comportamenti coerenti e omogenei in riferimento all'erogazione della dose ed alla eventuale (se richiesta) comunicazione ai pazienti.



RISULTATI

I risultati che si vogliono perseguire sono relativi a:

- Maggior conoscenza e consapevolezza sulle attività richieste dalle procedure radiologiche
- Costruzione - revisione delle linee guida - protocollo che espliciti le “migliori procedure”
- Socializzazione di un linguaggio adeguato per la comunicazione “delle dose” radiologica come richiesto dal legislatore
- Analisi e manutenzione permanente della dose e delle procedure erogate
- Creazione figura di Referente CTSRM



CONCLUSIONI

Il progetto è in corso d'opera ma sta apportando dei cambiamenti importanti nella pratica quotidiana.

Il focus oltre a quello di costruire un protocollo generale che consideri il “dato di erogazione della dose” il più omogeneo possibile è utilizzare l'imaging in modo giudizioso, basato sull'evidenza, mirato all'interesse del paziente. Ad oggi il gruppo di miglioramento è fortemente orientato a questo obiettivo che esprime le competenze agite e le responsabilità proprie del professionista sia TSRM che Medico.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Direzione Servizio Ospedaliero Provinciale

Tutto il personale afferente al Dipartimento di Radiodiagnostica: Medici Specialisti, CTSRM Coordinatori, TSRM Servizio di Fisica Sanitaria



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Dal 1 gennaio al 31 dicembre 2018

PUNTI DI FORZA

Analisi procedure da parte di tutto il personale Medico e TSRM

Miglioramento relazioni interdipartimentali ed il Servizio di Fisica Sanitaria

Miglioramento procedure radiodiagnostiche

Creazione referente TSRM in Fisica Sanitaria

CRITICITÀ

Tempi lunghi per analisi e correttivi

Tendenza alla delega da parte dei Responsabili di UU.OO.



RETE OSPEDALIERA E RETE TERRITORIALE

La Centrale di Continuità Assistenziale nella ASL di Latina

Dott.ssa Biaggi Roberta - ASL Latina



ABSTRACT

In coerenza con i riferimenti normativi nazionali, regionali e in una logica di gestione per processi, l'Azienda ASL di Latina intende realizzare la **Centrale di Continuità Assistenziale** (CCA) come strumento di integrazione e coordinamento della filiera assistenziale.

La CCA costituisce l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale ed ha come finalità la realizzazione di un sistema integrato di interventi sanitari, in grado di fornire le risposte più appropriate ai bisogni/problemi di salute espressi/inespressi dei cittadini, coordinando e monitorando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro. Il progetto nasce dalle esigenze epidemiologiche ed assistenziali della popolazione e dalla necessità di una focalizzazione della rete ospedaliera, da ricondurre alla sua specificità di luogo di cura per patologie acute e complesse.

In tale prospettiva, si richiede un impegno altrettanto deciso nel **potenziamento dell'assistenza territoriale**, con particolare riferimento alla gestione del paziente cronico e/o fragile e quindi l'esigenza di realizzare una rete di servizi e professionalità integrate, in grado di fornire

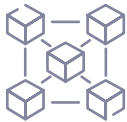
livelli assistenziali di qualità, equità, sicurezza, appropriatezza e sostenibilità, accessibilità secondo una logica di prossimità, salvaguardando le esigenze di sostenibilità del sistema stesso.



OBIETTIVI

1. Il miglioramento dell'integrazione ed il coordinamento della rete assistenziale ospedale – territorio
2. La semplificazione amministrativa e governo delle inter-relazioni tra le varie strutture aziendali coinvolte
3. Rafforzare e sviluppare le relazioni intercorrenti tra ASL di Latina-Enti locali-Terzo settore
4. Promuovere, gestire e coordinare gli interventi a sostegno della domiciliarità
5. Abbattimento delle giornate di ricovero ospedaliero post-acuzie, ricoveri inappropriati e/o ripetuti
6. Promuovere la formazione continua del personale coinvolto, attraverso lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze professionali
7. Favorire l'empowerment del paziente e dei caregiver attraverso l'informazione sulla fruizione dei servizi socio sanitari
8. Facilitare, in collaborazione con il servizio di Assistenza Sociale, la dimissione dei pazienti non dimissibili a domicilio ad altra struttura assistenziale

- 9. Uniformare le procedure utili a definire e documentare l'ingresso, il passaggio/trasferimento, l'uscita tra i setting assistenziali
- 10. Seguire la posizione del paziente nei diversi servizi e strutture territoriali e ospedalieri.
- 11. Facilitare l'inserimento dei pazienti in strutture riabilitative accreditate attraverso la gestione ed il governo delle liste di attesa.



METODO

Il modello funzionale della CCA si compone delle seguenti articolazioni:

- N° 1 Sede centrale di coordinamento (CCA), raccolta e analisi dati e gestione delle criticità
- N° 3 Centrali di Continuità Ospedale-Territorio (CCOT) dislocate all'interno dei presidi ospedalieri aziendali
- N° 5 Centrali di Continuità Territoriali (CCT) dislocate nell'ambito di ciascuna sede distrettuale aziendale.

I case manager assegnati alla CCOT svolgono le attività di:

- Accogliere le istanze del care manager di reparto per le dimissioni protette secondo la modulistica (RAD SICA – TRIAGE SOCIALE)
- Facilitare la valutazione dei bisogni sociosanitari dei pazienti target ricoverati
- Curare la relazione con i familiari dei pazienti
- Agevolare l'inclusione del percorso assistenziale più appropriato
- Sensibilizzare ed eventuale supporto informativo/addestrativo del personale che lavora nelle Unità Operative interessate al fine di aumentare la sensibilizzazione e la cultura della collaborazione e del concetto di presa in carico globale
- Attivare la rete dei servizi territoriali
- Rendicontazione periodica alla CCA del numero, tipologia e esito delle istanze pervenute.

I case manager assegnati alla CCT svolgono le attività di:

- Facilitare l'inclusione dei pazienti ai PDTA attivati (pazienti cronici, valutati ambulatorialmente)
- Accolgono la/le domande di inclusione ai vari PDTA (BPCO, Scompenso Cardiaco, Diabete) che pervengono da PUA e da MMG/PLS
- Gestiscono le agende delle prenotazioni inerenti i PDTA
- Si occupano del follow up dei pazienti arruolati nei vari PDTA attivati
- Si occupano di tutte le prestazioni infermieristiche legate ai PDTA attivati

- Collaborano con le varie CCOT per tutti i pazienti complessi (ad es. paz. Con problematiche socio-sanitarie multiple, non autosufficiente) che sono inclusi nei PDTA attivando anche le UVMD
- Rendicontare periodicamente alla CCA il numero, la tipologia e l'esito delle istanze pervenute.

IL CASE MANAGER

- Gestisce il caso
- Prevede la presa in carico del paziente e della sua famiglia attraverso percorsi assistenziali più o meno complessi (Ospedale – Territorio)
- Agevola il rientro al domicilio o l'inserimento presso strutture sanitarie di lungodegenza e/o riabilitazione
- Attiva già dall'ospedale ADI
- Fa parte dell'équipe dell'UVMO per le persone in particolari condizioni di bisogno sanitario, sociale, relazionale e ambientale per individuare gli interventi personalizzati e appropriati attraverso l'offerta dei diversi servizi territoriali.

IL CARE MANAGER

- Effettua la diagnosi dei bisogni assistenziali
- Gestisce il processo di cura e si occupa dell'assistenza
- Coniuga le capacità professionali infermieristiche con quella dell'informazione, educazione al **self management** e **choaching** del paziente
- Lavora in équipe
- Si occupa di educazione sanitaria, terapeutica, **consuelling**, **empowerment** del paziente e care-giver
- Attiva e agevola il **self-care**

UVDM

L'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale, consiste in una équipe composta da:

- Medico responsabile del PUA distrettuale o suo sostituto
- Medico di MMG dell'assistito
- Case Manager della CCT/CPSI del PUA
- Assistente sociale
- Detta équipe attiva in ogni distretto sanitario aziendale che svolge i seguenti compiti di:
- Valutazione in tutti i casi in cui si renda necessario, sia per disposizione normativa che di utilità pratica, per accedere a servizi sanitari o socio-sanitari con oneri a carico del SSR

Conseguentemente, elaborazione del PAI (Piano Assistenziale Individuale). Si tratta pertanto di una unità indispensabile per l'accesso alla rete dei servizi territoriali, come ad esempio le strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili,

la valutazione dei requisiti per l'attribuzione di contributi economici regionali e per l'attivazione dell'A.D.

UVMO

L'Unità Valutativa Multidimensionale Ospedaliera è un'équipe attiva in ospedale, a carattere multidisciplinare che assicura le valutazioni di tutti quei casi in cui è necessario effettuare una valutazione multidisciplinare per poter poi accedere a servizi socio – sanitari, soprattutto se con oneri, anche parzialmente, a carico del SSR.

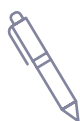
Attesa l'ampiezza dei compiti assegnati e la variabilità delle competenze necessarie l'UVMO presenta una composizione diversa a seconda delle esigenze che è chiamata a soddisfare. Composizione dell'Équipe UVMO:

- Dirigente Medico di Direzione Sanitaria di Presidio/Dirigente Medico Specialista
- CPSI Case Manager CCOT
- Assistente Sociale Ospedaliera
- Dirigente Medico di U.O.C. richiedente
- Coordinatore U.O.C. richiedente



RISULTATI

- Riduzione delle giornate di ricovero ospedaliero
- Armonizzare le procedure, ridurre la frammentarietà e variabilità delle prestazioni e dei servizi
- Promuovere, gestire e coordinare gli interventi di sostegno alla domiciliarietà (accesso ai fondi regionali o di altro tipo) ed integrazione con il sociale
- Empowerment del Patrimonio professionale e caregiver



CONCLUSIONI

La CCA costituisce uno snodo organizzativo strategico funzionale a tutte le unità operative aziendali, interconnesso con il sistema integrato e coordinato tra le diverse componenti della rete assistenziale (ospedale – territorio) della ASL di Latina. Il principale obiettivo che si intende perseguire con la costituzione della CCA consiste nel rimodulare e governare l'offerta assistenziale per fornire le risposte più appropriate ai bisogni/ problemi di salute espressi/inespressi dei cittadini, attraverso la corretta attivazione delle risorse aziendali, assicurando il coordinamento ed il monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro. Quanto sopra secondo un approccio multidisciplinare e multiprofessionale che promuova l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie.

Tanto per una presa in carico precoce volta ad indirizzare il paziente in setting assistenziali adeguati, rispettando i principi di efficacia, efficienza, appropriatezza, trasparenza delle prestazioni e dei servizi da erogare e di mantenimento della sostenibilità del sistema.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri ospedalieri e del territorio, MMG, Direttori Medici di Presidio, Direttori di Distretto



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Entro l'anno in corso

PUNTI DI FORZA

Spinta al lavoro di équipe e alla corretta comunicazione tra professionisti

Rafforzamento del concetto di presa in carico globale del paziente

Visione olistica del paziente

CRITICITÀ

Resistenza al cambiamento dei modelli organizzativi preesistenti

Scarsa integrazione ospedale-territorio





L'UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA

L'istituzione dell'unità di degenza infermieristica L'A.O.U. di Sassari

Dott. Bulla Pietro – Posizione Organizzativa – Area Chirurgica

Dott. Bichiri Gianfranco – Posizione Organizzativa – Area Emergenza Urgenza

Dott. Dettori Ignazio – Posizione Organizzativa – Area Cuore

Dott. Marongiu Peppina – Posizione Organizzativa

Dott.ssa Brocchi Pina – Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie

Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari



AREA DI INTERVENTO DEL PROGETTO

Negli ultimi decenni si è potuto osservare un **aumento della vita media**, un incremento delle patologie

cronico – degenerative, con la conseguenza di un aumento di bisogni assistenziali per lunghi periodi, determinando un notevole ricorso alle cure ospedaliere, che risultano spesso inappropriate.

Questa condizione provoca un sovrannumero di degenti con rischio per gli stessi, nonché di stress per gli operatori sanitari.

Appare opportuno identificare nuove forme assistenziali di decompressione delle degenze ospedaliere, in particolar modo di quelle internistiche, nelle fasi post acute e stabilizzate clinicamente.

La risposta a tali forme assistenziali si inquadra nelle **cure intermedie**, ossia quelle che intervengono tra il ricovero ospedaliero per acuti e altre forme domiciliari o residenziali che presuppongono una

forte integrazione con i servizi territoriali.

Una modalità organizzativa che si propone di promuovere percorsi di appropriatezza assistenziale e favorire l'incremento del turn-over dei posti letto nella degenza per acuti è **L'Unità di Degenza Infermieristica**.

L'UDI è destinata ai pazienti che terminato il percorso clinico acuto, non possono, per motivi sia di natura sanitaria che sociale essere assistiti adeguatamente domicilio.





ABSTRACT

La temporanea indisponibilità del posto letto presso le unità di degenza per acuti in concomitanza con il ricovero ospedaliero, rappresenta una delle condizioni di inefficienza del SSN più volte rappresentata all'opinione pubblica con un importante riscontro mediatico circa l'attendibilità delle soluzioni alternative poste in essere: la permanenza del paziente nelle barelle come sistemazione letto presso i corridoi o all'interno di locali di degenza e l'assegnazione di un posto letto disponibile in altre unità operative differente dal reparto di destinazione (posto letto in appoggio).

L'istituzione dell'unità di degenza infermieristica proposta nel presente progetto è un modello aggiuntivo di ricovero a media – bassa intensità assistenziale ed organizzativa che favorisce il **“turn-over”** dei posti letto nelle degenze per acuti. La Struttura ha una dotazione media di circa 10 posti letto **“tecnici funzionali”**, in cui i pazienti sono affidati alla responsabilità organizzativo – assistenziale dell'infermiere, sino all'avvenuta dimissione dall'ospedale. La specificità organizzativo – gestionale dell'unità di degenza infermieristica è definita dal contenimento della spesa, dall'appropriatezza dei ricoveri, e dal riconoscimento dei percorsi di continuità delle cure ospedale – territorio che garantiscono l'osservanza di tempi medi di degenza prestabiliti.

L'unità di degenza infermieristica nelle realtà sanitarie nelle quali è istituita, favorisce, attraverso la presa in carico di una percentuale rilevante di pazienti considerati **“dimissibili”** dalle unità di degenza per acuti, maggiore disponibilità di posti letto nelle degenze per acuti e per le esigenze dei ricoveri dal Pronto Soccorso, la contrazione al ricorso alla sistemazione del paziente **“in appoggio”** presso altre unità di degenza, l'abbattimento dei tempi di assegnazione del posto letto rispetto al ricovero ospedaliero.

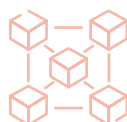


OBIETTIVI

L'UDI si occupa della gestione dei pazienti in fase post-acuta, provenienti di norma da altre unità operative a carattere prevalentemente internistico, che hanno terminato l'inquadramento diagnostico, hanno un piano terapeutico definito e condizioni cliniche stabili, ma necessitano di assistenza prevalentemente infermieristica finalizzata al completamento del percorso assistenziale in attesa della presa in carico al proprio domicilio, nell'assistenza domiciliare integrata dei servizi territoriali o nelle strutture residenziali.

L'UDI riconosce il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- Garantire il mantenimento di un'adeguata qualità dell'assistenza alla persona favorendo il recupero dell'autonomia del paziente, in un'ottica di restituzione a domicilio, o di ricorso a forme assistenziali residenziali territoriali
- Migliorare l'utilizzo dei posti letto di area medica, liberando risorse per l'accoglimento e la gestione dei nuovi casi acuti, garantendo al contempo il mantenimento della **“presa in carico”** e della continuità assistenziale
- Ottimizzare la degenza media e l'appropriatezza dei ricoveri riducendo il fenomeno dei **“letti in sovrannumero”**
- Favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali nonché lo sviluppo e la condivisione di percorsi assistenziali con particolare riferimento alle dimissioni protette.



METODO

L'accesso dei pazienti alla struttura avviene mediante relativa richiesta di ingresso (modulo di accettazione) con in allegato la relativa certificazione medica attestante la stabilità clinica dell'assistito.

Potranno accedere all'UDI i pazienti aventi i seguenti criteri di eleggibilità:

- Quadro clinico stabile che necessita di un percorso assistenziale della presa in carico nelle strutture residenziali, nell'assistenza domiciliare integrata dei servizi territoriali
- Necessità di proseguire la terapia farmacologica ospedaliera ed il recupero dell'autonomia per l'invio a domicilio
- Altre condizioni assistenziali valutate ammissibili dall'équipe assistenziali.

Il responsabile con **“incarico di organizzazione”** e il Coordinatore dell'UDI valutano i criteri di ammissibilità compilando l'apposita scheda.

I reparti di degenza ordinaria, in seguito ad accettazione dei Responsabili, inviano i pazienti dimessi selezionando la modalità **“trasferito ad altro regime di ricovero nello stesso istituto”** dal sistema ADT.

Di norma la durata di degenza è di 7 giorni; se il paziente, durante la degenza in UDI presenta una riacutizzazione da un punto di vista clinico, viene contattato il medico di guardia della struttura inviante o il medico di guardia interdivisionale nelle ore notturne e/o festive, che visiterà il paziente e prenderà le opportune decisioni cliniche. Può essere individuato un Dirigente Medico di riferimento per le attività di competenza specifica.

Tutte le attività svolte da parte del professionalità che a vario titolo intervengono all'interno del reparto, saranno tracciate in forma scritta nella documentazione assistenziale.

Per tutte le altre necessità di emergenza clinica ci si avvale di quanto previsto dalla istruzione operativa di emergenza intraospedaliera.

La dimissione del paziente dall'UDI avviene attraverso stretti collegamenti con i servizi socio-sanitari territoriali. Può essere prevista all'interno dell'UDI, la **"Discharge Room"**, ovvero un area per i pazienti dimessi che possono attendere lì l'arrivo dei propri familiari, liberando il posto letto per un nuovo ricovero, ed essere istruiti su tutto ciò che concerne la terapia domiciliare.

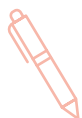


RISULTATI

L'UDI rappresenta di fatto un modello di appropriatezza assistenziale ed organizzativa in favore dell'ottimizzazione dell'utilizzo della

risorsa posti letto e del contenimento della spesa sanitaria. I risultati attesi sono il miglioramento dell'offerta dei posti letto per acuti (accessi dal pronto Soccorso) in termini di maggiore disponibilità, evitando il ricorso all'allocazione dei pazienti in letti aggiuntivi all'interno del reparto di destinazione o "in appoggio" presso altre unità di degenza. Inoltre, rappresenta un modello di efficienza ed economicità aziendale, in quanto promuove interventi in favore del rispetto degli indicatori della degenza media e dell'appropriatezza dei ricoveri nella cosiddette "dimissioni difficili".

L'UDI di fatto interviene sull'abbattimento dei costi medi per giornata di ricovero ospedaliero, stabilito in media in circa 160 Euro/die, contro le circa 600 Euro nelle degenze per acuti, garantendo l'erogazione di un'assistenza mirata alla presa in carico dei bisogni assistenziali della persona, nell'ottica di interventi di recupero dell'autonomia del paziente ed in favore di percorsi di "ritorno a casa" o di inserimento presso strutture territoriali di recupero funzionale e/o residenziali.



CONCLUSIONI

L'istituzione dell'unità di degenza infermieristica presso l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Sassari potrebbe rappresentare una ulteriore opportunità per migliorare "l'offerta sanitaria" agli utenti in termini di maggiore disponibilità della risorsa posto letto, l'ottimizzazione della degenza media ed una gestione efficace delle dimissioni difficili ed il conseguente contenimento della spesa sanitaria.

PUNTI DI FORZA

Non esistono evidenti criticità alla realizzazione del progetto.

Oltre alla logistica, la dotazione di arredi, il sistema informativo, l'assegnazione del personale infermieristico e operatori di supporto (équipe assistenziale), si ritiene strategico il ruolo organizzativo e gestionale della Direzione del Dipartimento delle Professioni Sanitarie.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

L'UDI è una struttura che afferisce funzionalmente al Dipartimento delle Professioni Sanitarie, ed è dotata

inizialmente di 12 p.l. L'équipe assistenziale è formata da un Coordinatore Infermieristico, che ha la responsabilità dei piani assistenziali personalizzati, infermieri e Operatori Socio Sanitari, che erogano l'assistenza nelle 24 ore; possono intervenire, in base alle necessità assistenziali, altre figure professionali (medici, personale della riabilitazione, assistenti sociali, etc.). È necessario inoltre prevedere una unità infermieristica con "incarico di Organizzazione" con la responsabilità connessa alla gestione del corretto utilizzo dei posti letto, che ha come obiettivo l'efficacia assistenziale ed è responsabile del corretto "turn-over" dei pazienti, ivi compreso il rinvio a domicilio o presso le strutture residenziali.



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Sono stimabili in circa 6 mesi di attività.





IL MODELLO DISCHARGE ROOM

Il modello “Discharge Room” in favore della gestione dei posti letto per acuti e dell’ottimizzazione del “patient flow”

Dott.ssa Brocchi Pina – Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie

Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari



AREA DI INTERVENTO DEL PROGETTO

L’aumento dell’aspettativa di vita media della popolazione con un sempre maggior numero di pazienti

che presentano co-morbidità spesso croniche e la progressiva crescita della popolazione sia in conseguenza alla longevità e ai flussi migratori, rappresenta elementi fondamentali nel determinare la condizione di **“sovraffollamento” delle strutture di Pronto Soccorso**. La riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale negli ultimi anni ha inoltre portato alla riduzione della disponibilità di posti letto per pazienti con patologie acute e croniche non più gestibili a domicilio da parte dell’assistenza sanitaria territoriale. Tale carenza di posti letto nelle degenze del Dipartimento Cure Mediche causa un inevitabile stazionamento dei pazienti in Pronto Soccorso anche quando il problema clinico acuto, motivo di accesso, sia stato risolto, ed il paziente sia stato stabilizzato da un punto di vista emodinamico.

Ciò sottrae spazio fisico per altri pazienti all’interno del Pronto Soccorso e limita l’assistenza infermieristica e medica a quei pazienti ancora instabili o in corso di valutazione.

Al fine del miglioramento del servizio è necessario ottimizzare tutti i posti letto disponibili all’interno della struttura ospedaliera interessata e garantire una sempre maggiore comunicazione tra i reparti di degenza medica e di Emergenza-Urgenza. In quest’ottica è stata analizzata la tempistica relativa alla permanenza dei pazienti inviati dal Pronto Soccorso a iter diagnostico concluso, nel reparto di destinazione presso le barelle da trasporto, o in sistemazione di “letto in appoggio” presso altre unità operative, in attesa dell’assegnazione del posto letto.



ABSTRACT

Il sovraffollamento dei pazienti in Pronto Soccorso ha implicazioni importanti sulla qualità del servizio fornito dal personale

sanitario nei reparti di degenza per acuti e sulla qualità percepita dai pazienti. La condizione di “ovrecrowding” (“tutto pieno”) delle strutture di accettazione primaria può essere gestito con le risorse a disposizione solo se viene ottimizzato il flusso dei pazienti verso i reparti di ricovero ospedaliero.

L'adozione del modello organizzativo “Discharge Room” presso l'A.O.U. di Sassari può garantire il miglioramento dei flussi dei pazienti in tutto l'ospedale con indubbi vantaggi sia per i pazienti stessi che per l'organizzazione e la gestione del lavoro all'interno del Dipartimento di Emergenza/Urgenza. Si tratta quindi di una soluzione praticabile per alleviare le condizioni di sovraffollamento, per ottimizzare l'assistenza medica ed infermieristica e per ridurre il rischio di errori da parte del personale di assistenza.

La “Discharge Room” rappresenta di fatto **un ponte tra la degenza e la dimissione del paziente**, e si basa sull'ottimizzazione delle risorse disponibili con conseguente miglioramento del benessere del paziente, degli stessi operatori sanitari e quindi del servizio reso al cittadino.



OBIETTIVI

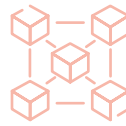
È oramai diffusa tra i professionisti la consapevolezza che i problemi di gestione dei flussi dei pazienti che quotidianamente si presentano alla “porta” dell'Ospedale (Pronto Soccorso) per trovare una risposta ai propri bisogni e che esita talvolta in tempi di attesa prolungati, non è un problema del DEA, ma **di tutto l'ospedale**.

Il sistema interno infatti tende a lavorare secondo una logica che oppone resistenza a “processare” le richieste che provengono dal Pronto Soccorso (diagnostica, consulenze, ricovero) andando a determinare dei “colli di bottiglia” che rallentano il flusso dei pazienti sia in entrata che in uscita dall'Ospedale.

In quest'ottica, si rileva che troppo spesso pazienti in dimissione dai reparti di degenza per acuti attendono a lungo un'ambulanza, se questa è necessaria, oppure restano in attesa dei familiari che vengono a prenderli per riportarli presso il proprio domicilio. In questa condizione l'unità di degenza nel reparto resta occupata impropriamente. Una volta liberato il posto letto deve essere poi attivata la squadra interna per la pulizia e preparazione dell'unità di degenza disponibile per il paziente successivo. Si è potuto verificare che talvolta

intercorrono tempi troppo lunghi tra questi due passaggi obbligatori e il momento coincidente con l'assegnazione del posto letto. Obiettivo del presente progetto è determinare una maggiore disponibilità di posti letto; attraverso il contenimento di questi di attesa con una migliore organizzazione interna alla struttura ospedaliera sicuramente avremo un incremento dei posti letto prontamente disponibili, contribuendo a limitare le ore di permanenza di coloro in attesa di ricovero ospedaliero.

Analizzando il meccanismo di dimissione ordinaria standard si è quantificato **un tempo medio di circa 4 ore**, tra quando il paziente riceve la lettera di dimissione da parte dei medici del reparto e quando il posto letto da lui occupato risulta nuovamente disponibile. Se questo tempo venisse ridotto, il flusso dei pazienti verso il reparto di degenza potrebbe essere accelerato con conseguente riduzione dello stazionamento dei medesimi presso barelle da trasporto o in sistemazione “letto in appoggio”. Si è altresì verificato che la maggior parte delle dimissioni si verificano nel pomeriggio, verosimilmente in quanto i familiari dei pazienti in dimissione sono maggiormente disponibili dopo l'orario di lavoro.



METODO

Per facilitare le dimissioni dei pazienti ed il flusso bidirezionale durante tutta la giornata, il presente progetto promuove l'istituzione presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari di una nuova struttura denominata “Discharge Room”. Detta struttura è dotata di letti di degenza, ampi spazi con area relax, TV a colori, riviste e giornali, e assistenza infermieristica per la somministrazione dei farmaci ed eventuale assistenza durante i pasti. All'interno della Discharge sono previste zone differenziate per utenti deambulanti, in carrozzina ed in barella/letto. Mediamente possono ospitare 6 pazienti.

Le dimissioni dei pazienti dai reparti di degenza, secondo criteri di eleggibilità definiti, viene comunicata con un giorno di anticipo al personale che gestisce la Discharge Room, dando così il tempo di organizzare sia il trasferimento, da parte del personale dedicato, del paziente presso la medesima struttura, sia di avvertire con congruo anticipo i parenti e/o le Associazioni di Volontariato di programmare i trasporti sanitari di quei cittadini che necessitano di ambulanza per il proprio ritorno al domicilio.

In particolare, il reparto di degenza provvede a comunicare la dimissione del paziente al personale della Discharge il giorno stesso la dimissione o quando è possibile il giorno precedente, fornendo anche la tempistica indicativa di permanenza del paziente presso il servizio al fine di garantire un'ottimale programmazione delle poltrone e l'eventuale ordine del vitto.

Solitamente l'accesso dei pazienti in pre-dimissione presso la Discharge è garantita tutti i giorni, **dal lunedì al venerdì, dalle ore 10.00 alle ore 18.00.** Solitamente il tempo medio di permanenza del paziente dimesso all'interno della struttura è di circa **4-6 ore.**

Naturalmente, in caso di insorgenza di complicanze cliniche del paziente, il personale della Discharge Room provvederà ad allertare il medico del reparto che ha dimesso il paziente, o il medico della continuità assistenziale, che valuterà il paziente e deciderà se lasciare l'ospedale.

In alcune realtà il personale adibito al trasferimento del paziente ormai dimesso dal reparto alla **Discharge ha anche il compito di sanificare e "rifare" il letto del paziente in modo da liberare risorse infermieristiche per le attività di tipo assistenziali.**

A tal proposito è bene sottolineare come solitamente l'ubicazione di detta struttura è prevista in locali attigui al Pronto Soccorso per rendere maggiormente agevole il percorso interno del paziente dimesso, poiché oltre ad essere al piano stradale ha una camera calda dedicata che facilita le operazioni soprattutto nei casi di cittadini allettati o con difficoltà di deambulazione.

Tale nuovo modello organizzativo per consente una precoce realizzazione degli interventi di pulizia e sanificazione della stanza di degenza in reparto e la conseguente ammissione in reparto di un nuovo paziente proveniente dal pronto soccorso.



RISULTATI

I risultati attesi sono riferiti all'abbattimento dei tempi di attesa dei pazienti in carico alla struttura di Accettazione e Pronto Soccorso per i quali è stato richiesto il ricovero ospedaliero presso le unità operative di degenza per acuti, attraverso la puntuale programmazione delle dimissioni, il trasferimento del paziente presso la Discharge Room e l'immediato intervento di ripristino dell'unità di degenza per il successivo ricovero.

L'obiettivo è favorire le dinamiche dei flussi dei pazienti verso i reparti di destinazione per il ricovero ospedaliero che, nelle realtà sanitarie nelle quali è stato implementato, ha garantito un incremento della percentuale di pazienti ricoverati entro le 4 ore dal completamento del processo diagnostico-terapeutico.

Il modello di Discharge Room si applica prioritariamente a tutti i pazienti dell'Area Cure mediche per lo più anziani, deambulanti o in carrozzina, che per lasciare l'ospedale alla dimissione devono attendere il trasporto dei familiari o dell'ambulanza, per il trasferimento presso il proprio domicilio o in strutture residenziali territoriali.



CONCLUSIONI

L'attuazione del modello proposto nel presente progetto richiede una forte propulsione al cambiamento e all'innovazione ed una spinta organizzativa e gestionale forte e concreta. È da ritenersi fondamentale, inoltre, il coinvolgimento trasversale di differenti competenze aziendali, che in maniera sinergica e coordinata sono chiamati a fornire un importante contributo per migliorare l'offerta sanitaria.

Riconoscere il cittadino al centro delle attività organizzative e gestionali delle Aziende Sanitarie e del SSN in generale, attraverso la disponibilità ed il governo della risorsa "posto letto" assume un'importanza rilevante.

PUNTI DI FORZA

Non si riscontrano evidenti criticità se non quelle legate alla logistica, alla dotazione di arredi, letti, barelle, poltrone etc. e all'assegnazione delle risorse professionali necessarie.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri e operatori socio sanitari.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

3- 4 mesi



FORMAZIONE UNIVERSITARIA – CORSI DI LAUREA IN INFERMIERISTICA, FISIOTERAPIA, OSTETRICIA, TECNICHE DI RADIOLOGIA E DI RADIOTERAPIAMEDICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA.

Progetto formativo di counseling motivazionale breve su stili di vita sani in una coorte di studenti universitari delle professioni sanitarie

Dott.ssa Capitoni Enrica - ASST Papa Giovanni XXIII

In collaborazione con i Responsabili dei corsi di laurea (CdL):
Nadia Colombo (Infermieristica), Stefano Chiodini (TRMIR), Antonella Martinelli (CdL Fisioterapia), Edda Pellegrini (CdL Ostetricia), Lucia de Ponti (LILT), Roberto Moretti (ATS), Elena Marcellini (CdL Infermieristica).



ABSTRACT

Le patologie croniche sono oggi riconosciute come un problema prioritario di salute, su cui intervenire.

Nella Provincia di Bergamo si stima che circa il 29% della popolazione ne soffra; gli stili di vita e l'invecchiamento attivo sono elementi cardine per ridurle e controllarne la cronicità.

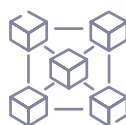
Nell'ambito della realizzazione dei programmi del piano regionale lombardo di prevenzione, sono stati individuati i fattori di rischio comportamentali (tra cui sovrappeso, sedentarietà, tabagismo) e le relative competenze per il loro superamento, tra questi il

Counseling Motivazionale Breve (CMB).



OBIETTIVI

A partire dal secondo Semestre dell'a.a. 2017/2018, la UOS Formazione Universitaria dell'ASST Papa Giovanni XXIII ha coinvolto gli studenti del primo o secondo anno dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie dell'Università di Milano Bicocca, sede di Bergamo, in un percorso formativo attraverso il quale gli studenti sono in grado di fornire il CMB sul tabagismo e successivamente eseguire interventi formativi riguardanti l'attività fisica, l'alimentazione e/o su altri temi quali alcol ed altre dipendenze.



METODO

Il programma condiviso con l'ATS e la LILT di Bergamo, di durata triennale, ha previsto le seguenti fasi:

1. Somministrazione di un questionario



- anonimo di rilevazione degli stili di vita degli studenti di tutti i corsi di laurea (N=358)
2. Elaborazione e restituzione dei dati aggregati agli studenti coinvolti nel progetto
 3. Formazione specifica sul CMB antitabagico affinché gli studenti, entro la conclusione del percorso formativo, siano motivati ed in grado di fornire CMB ai pazienti che incontrano nei tirocini pratici e per la loro futura attività lavorativa
 4. Valutazione collegiale, interprofessionale e interdisciplinare con ASST, ATS e LILT (Lega Italiana per la lotta contro i Tumori) di Bergamo e i Responsabili dei CdL coinvolti nel progetto.



RISULTATI

È stato possibile, grazie al sondaggio proposto in collaborazione con l'ATS Bergamo e la LILT, conoscere la diffusione di alcuni fattori di rischio per la salute su un campione di studenti universitari. I dati aggregati sono stati analizzati per: consumo giornaliero di sigarette, consumo di frutta e verdura, consumo di alcol, attività fisica. Formazione inserita nei curricula formativi di ciascun corso, al CMB, presso la FU della sede di Bergamo, di circa 160 studenti dei corsi di Laurea in Fisioterapia, Infermieristica, Ostetricia e Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia. Coinvolgimento degli studenti anche in altre attività ed iniziative di sensibilizzazione su stili di vita sani, come la **“Giornata mondiale senza tabacco”** il 31 maggio. Effettuazione di una giornata studio rivolta agli studenti in data 14 dicembre 2018, coordinata dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori LILT Onlus, in collaborazione con l'UOS Formazione Universitaria dell'ASST Papa Giovanni XXIII e l'ATS di Bergamo. Si è riflettuto sul tema degli stili di vita sani, con uno sguardo multidisciplinare per la promozione di comportamenti individuali e collettivi preventivi e responsabili. Agli studenti sono stati restituiti i risultati dei questionari compilati nella primavera precedente su fumo di sigaretta, alimentazione, uso di bevande alcoliche e attività fisica. Esperti, operatori della salute e soprattutto studenti futuri professionisti, hanno fornito interessanti contributi volti a promuovere buone pratiche per l'assunzione di comportamenti virtuosi su stili di vita.



CONCLUSIONI

L'introduzione del Counseling Motivazionale Breve è oggi insegnamento consolidato all'interno dei quattro corsi di laurea delle professioni sanitarie della sede di Milano Bicocca di Bergamo

e favorisce l'apprendimento di buone pratiche volte all'educazione di cittadini, pazienti e familiari. Il progetto relativo agli stili di vita sani ha permesso il confronto e la collaborazione interdisciplinare con una associazione a tutela dei pazienti, la LILT e l'UOS Promozione della Salute dell'ATS della provincia di Bergamo. I risultati di un questionario su un campione di studenti, in merito a fumo di sigaretta, alimentazione, uso di bevande alcoliche e attività fisica hanno favorito un focus ed una riflessione sugli stili di vita sani e sui fattori comportamentali modificabili degli studenti di Bergamo.

PUNTI DI FORZA

Condivisione del progetto e delle risorse tra FU/ASST/ATS/LILT

Coinvolgimento degli studenti in fase di formazione su CMB e programmazione giornata studio

Confronto interprofessionale

Semplicità e spendibilità del Counseling Motivazionale Breve

CRITICITÀ

Assenza di Coinvolgimento degli Studenti in fase di progettazione.

Non programmati interventi specifici in aggiunta all'intervento formativo.

Difficoltà a seguire la coorte di studenti nel tempo per feedback sull'utilizzo del CMB.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Studenti, Tutor e Docenti, Responsabili Didattici dei CdL di Fisioterapia, Infermieristica, Ostetricia e Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia, Medici, Dirigenti.



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Progetto triennale.

SENSIBILITÀ CHIMICA MULTIPLA

Cure infermieristiche personalizzate:

il percorso per pazienti con MCS
nell'A.O.U. Sant'Andrea



Dott.ssa Cappitella Carmen

A.O.U. Sant'Andrea - Roma



AREA DI INTERVENTO DEL PROGETTO

Il progetto si rivolge ai pazienti affetti da MCS che accedono presso le unità operative dell'A.O.U. Sant'Andrea sia per necessità cliniche legate alla loro patologia, che per necessità clinico-assistenziali di altro tipo come accessi in Pronto Soccorso, ai servizi ambulatoriali e di diagnostica, ricoveri programmati e in urgenza, interventi chirurgici, trattamenti chemio e radioterapici, etc.

La letteratura di cui si dispone sull'argomento circoscrive la gran parte delle misure organizzative e degli interventi assistenziali necessari a minimizzare l'esposizione alle sostanze capaci di scatenare la sintomatologia, agli ambiti dell'accoglienza, del comfort ospedaliero e delle cure infermieristiche personalizzate.

Tale area di intervento tipicamente si avvale di approcci, metodi e strumenti che sostengono l'infermiere nel suo agire autonomo e collaborativo.



ABSTRACT

Background: La Sensibilità Chimica Multipla (MCS) è una sindrome che insorge dopo l'esposizione ad alcune sostanze chimiche come effetto di uno squilibrio nel sistema di detossificazione; è caratterizzata da sintomi differenti che possono colpire ogni organo e può manifestarsi con difficoltà respiratoria, nausea, emicrania, dermatiti da contatto, vertigini, iperosmia e manifestazioni neurologiche come sdoppiamento della personalità e amnesia. Una volta che la perdita di tolleranza si è instaurata, le reazioni possono insorgere per esposizione a diverse sostanze chimiche a livelli di norma non tossici per la maggior parte della popolazione, ma anche solo in presenza di forti odori. Data l'estrema variabilità delle problematiche presentate da questi pazienti, la MCS è una delle condizioni che maggiormente rendono necessaria l'individuazione di un percorso clinico-assistenziale dedicato e "accompagnato" a causa della difficoltà a gestire i fattori scatenati in un ambiente ospedaliero.

Obiettivo: individuare un percorso assistenziale Individuale e dedicato a pazienti affetti da MCS.

Metodi: l'approccio è di tipo personalizzato rispetto alla variabilità individuale dei pazienti e mirato a minimizzare l'esposizione ai fattori che possano far insorgere sintomi o stati patologici legati al problema specifico dell'MCS. Il metodo utilizzato si avvale di tutti gli strumenti necessari alla identificazione e il controllo degli agenti scatenanti (educazione sanitaria, formazione sul campo del personale addetto all'assistenza, disinfezione, decontaminazione, etc.).

Risultati: il paziente è accompagnato nel suo percorso di cura (ricovero, accesso per indagini diagnostico-terapeutiche, intervento chirurgico) e non va incontro ad eventi avversi.

Conclusioni: Il paziente affetto da una malattia multifattoriale come l'MCS, ha la possibilità di essere assistito in estrema sicurezza attraverso l'attuazione di un piano di assistenza dedicato e accompagnato che preveda l'individuazione preventiva e la pianificazione di misure atte a ridurre le cause scatenanti una sua condizione patologica.



OBIETTIVI

L'obiettivo generale del progetto è offrire uno specifico percorso assistenziale standardizzato, che preveda l'erogazione di trattamenti e cure in sicurezza, minimizzando l'esposizione alle sostanze capaci di scatenare la sintomatologia. Poiché nei soggetti affetti da MCS i sintomi insorgono per esposizione a concentrazioni anche minime di sostanze chimiche normalmente presenti negli ambienti di vita quotidiana, l'evitamento dei fattori sensibilizzanti può risultare estremamente difficile anche in ambienti di cura come ospedali o ambulatori.

Questi luoghi possono essere resi idonei all'accoglienza/permanenza dei pazienti affetti da MCS predisponendo specifiche misure per la presa in carico e l'erogazione delle cure infermieristiche, mediante procedure organizzative condivise e percorsi assistenziali personalizzati, protetti e accompagnati che tengano conto dell'estrema variabilità delle problematiche presentate da questi soggetti.



METODO

Sulla base dell'esperienza e delle prassi maturate in questi anni, è stato redatto un percorso assistenziale

metodologicamente standardizzato che permette di modulare gli interventi in funzione del regime di accesso.

Lo standard delle misure di precauzione viene differenziato in 3 diversi livelli di impatto organizzativo:

Basso e medio impatto per accessi ambulatoriali e ai servizi: le misure adottate riguardano soprattutto il controllo degli odori e tempi di permanenza, uso di mascherina con filtro per odori, gestione dei tempi di permanenza e dei in luoghi di attesa, preparazione degli operatori, utilizzo di divise di cotone prive di profumi, scelta di disinfettanti e presidi, allestimento degli ambienti detersi e risciacquati con abbonante acqua e bicarbonato, utilizzo di dispositivi power e latex free.

Alto impatto per ricoveri programmati e urgenti e accessi in Pronto Soccorso: le misure adottate sono guidate dal profilo farmacogenomico del paziente e si applicano ad operatori, ambienti, percorsi, biancheria/effetti letterecchi, strumentazione/dispositivi da adottare, dieta, disinfettanti, presidi e farmaci, accesso alla sala operatoria e ad altri servizi per procedure diagnostico-terapeutiche. In questo livello di impatto, soprattutto per gli accessi in regime di ricovero, tutte le misure di precauzione sono incluse nel piano assistenziale individualizzato che personalizza il percorso standard e consente di rispondere all'estrema variabilità individuale dei bisogni tipica di questi pazienti.

Poiché ascolto empatico, personalizzazione dell'assistenza e coordinamento sono i cardini su cui poggiano le scelte organizzative e gestionali, il modello di presa in carico e di erogazione delle cure adottato si ispira ai principi del Primary Nursing.

Metodologie adottate

Uniformità di comportamenti organizzativo-assistenziali: gli accessi vengono gestiti in base al protocollo organizzativo gestionale.

Transdisciplinarietà: l'impegno maggiore è investito per la progettazione dettagliata di tutto il percorso. La riunione di coordinamento preliminare è lo strumento con cui si attua integrazione, coordinamento e complementarietà delle azioni. A questa riunione partecipano i componenti del gruppo di coordinamento e i rappresentanti del team di cura. Le decisioni operative concordate vengono sintetizzate e diffuse attraverso il piano di assistenza personalizzato.

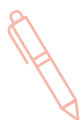
Coinvolgimento, condivisione e supervisione: le decisioni assunte nel piano di assistenza personalizzato vengono diffuse a tutti gli operatori coinvolti nel percorso attraverso una nota informativa. Successivi ulteriori interventi di sostegno e orientamento vengono forniti agli operatori da una figura di coordinamento esperta dedicata al percorso che assicura costantemente continuità, supervisione e consulenza.

Assistenza personalizzata: ascolto empatico ed accertamento iniziale sono i fondamenti su cui poggia la personalizzazione del percorso standard. Le notizie preliminari vengono raccolte in una intervista telefonica prericovero e sintetizzate in un questionario informativo che il paziente riceve e fa pervenire compilato via mail. L'assistenza infermieristica a questi pazienti infatti non si esaurisce nel recepire lo standard, ma si sostanzia nella capacità di riconoscere il bisogno individuale e di tradurlo in una reale personalizzazione delle cure a garanzia della sicurezza. Accoglienza comunicazione e orientamento all'accesso caratterizzano la relazione con il paziente durante tutto il percorso.



RISULTATI

	OBIETTIVI SPECIFICI CON RISULTATI ATTESI	INDICATORI UTILIZZATI
1	Personalizzare il percorso standard condividendo le misure organizzative ed assistenziali con il paziente	Utilizzo del questionario assistenziale informativo Utilizzo del consenso informato per le misure organizzative, gestionali ed assistenziali predisposte
2	Minimizzare l'esposizione ai fattori capaci di scatenare reazioni	Numero di reazioni innescate da sostanze chimiche
3	Uniformare i comportamenti assistenziali attraverso redazione e diffusione del PAI	Disponibilità di istruzioni operative sui comportamenti da adottare Disponibilità del piano assistenziale individualizzato per tutte le figure coinvolte nel percorso
4	Standardizzare e condividere procedure	Utilizzo di strumenti informativi (riunione di coordinamento, nota informativa per il personale di assistenza)
5	Fornire supporto metodologico e tecnico	Disponibilità di un coordinatore del percorso
6	Sensibilizzare e formare il personale	Organizzazione di un evento formativo nel 2019
7	Garantire soddisfazione del paziente	Numero e tipo di segnalazioni (reclami ed encomi)
8	Revisionare periodicamente le istruzioni sia attraverso l'aggiornamento delle fonti scientifiche che a seguito di analisi sull'attività svolta.	Redazione di un case report nel 2019



CONCLUSIONI

Le misure organizzative ed i comportamenti assistenziali adottati si sono rivelati ben tollerati dai pazienti che hanno ricevuto cure presso l'A.O.U Sant'Andrea in diversi regimi.

Il numero dei pazienti che frequentano l'azienda è cresciuto nel tempo e attraverso il "passaparola" nelle associazioni l'ospedale è diventato un punto di riferimento per molti pazienti affetti da MCS. Sono stati ricoverati pazienti provenienti da diverse regioni (Lazio, Emilia, Marche, Puglia, Sardegna). Dopo la dimissione diversi pazienti hanno scelto di continuare a frequentare l'ospedale per altri trattamenti sanitari.

Il personale dei servizi ambulatoriali è sufficientemente autonomo e gestisce gli accessi a basso impatto organizzativo senza la necessità di interventi di coordinamento e supervisione.

In azienda è comunque disponibile un operatore esperto nel percorso MCS che può essere consultato. Recentemente sono stati attivati percorsi anche per ricoveri urgenti da PS.

Modalità per la diffusione dei risultati:

Redazione di un case report e proposta di pubblicazione.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri, TSRM, TLBM, Dietista, Medici, Funzioni non sanitarie (lavanolo, cucina, pulizie, servizio economale, area tecnica)



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

La mancanza di conoscenze consolidate e l'indisponibilità di evidenze nella letteratura internazionale rendono difficoltosa la standardizzazione dei criteri e dei metodi.

Pertanto, a causa dell'elevato livello di incertezza e della scarsa numerosità dei casi, sono stati necessari alcuni anni per poter arrivare alla definizione di un percorso assistenziale standard che rispondesse all'estrema variabilità dei sintomi e delle sostanze scatenanti.

PUNTI DI FORZA

Sperimentazione di un percorso organizzativo-gestionale per rendere idonei i luoghi di cura all'accoglienza/permanenza dei pazienti affetti da MCS

Implementazione di un percorso a gestione infermieristica

Introduzione di una logica organizzativa per processi

Centralità del paziente e personalizzazione dell'assistenza

Coinvolgimento e responsabilizzazione del personale.

CRITICITÀ

Decisioni organizzative ed assistenziali empiriche non sufficientemente supportate prove scientifiche

Resistenza da parte degli operatori che manifestano dubbi sull'esistenza della MCS in assenza di risolutivi chiarimenti scientifici

Difficoltà a valutare e misurare l'efficacia delle misure adottate

Difficoltà ad organizzare la riunione di debriefing alla dimissione per scarsa partecipazione del team di cura.

ASPETTI RELAZIONALI E UMANIZZAZIONE DELLE CURE

C.I.A.O.

*Confort informazione ascolto
orientamento*

*Punto Accoglienza presso PO di
Tivoli*

*Dott.ssa Carboni Luigia - Direttore Dipartimento delle
Professioni Sanitarie – ASL Roma 5*

Infermiere Coordinatore del Progetto:
Camilla Innocenzi



ABSTRACT

La fase dell'attesa in **Pronto Soccorso** rappresenta, una fase critica del rapporto tra il cittadino e il Servizio Sanitario, perché gravata da aspettative emotivamente importanti relative alla necessità di ottenere una soddisfazione rapida del proprio bisogno di salute.

Numerosi studi nazionali ed internazionali, condotti su gruppi di assistiti e familiari presenti nei Pronto Soccorso, hanno evidenziato come la **gestione delle attese e del confort** siano i due fattori percepiti come più importanti dai cittadini.

Emerge che la percezione dell'attesa in Pronto Soccorso può essere influenzata da diversi motivi ma, più in particolare, risulta che tale esperienza viene fortemente condizionata dalla qualità e quantità delle informazioni ricevute.

Una comunicazione non efficace con gli operatori sanitari preposti è spesso associata, da parte dell'utenza, a sensazioni ed emozioni non positive, come frustrazione, irritazione, stress, paura, per cui gli operatori dei servizi sanitari presentano un

rischio significativo di subire atti di violenza durante la propria attività lavorativa, rischio che, a giudicare dalle cronache recenti, appare in aumento. Emerge con chiarezza la necessità di migliorare, nei limiti del possibile, i processi di comunicazione con gli accompagnatori che attendono in sala di aspetto. In particolare appare necessario individuare i metodi e gli strumenti più appropriati per integrare le funzioni già svolte dagli operatori incaricati dell'accoglienza, che non possono sopperire in maniera efficace ai diversi aspetti della relazione tra il personale sanitario, i pazienti e i loro familiari.

In tale contesto, si rendono necessarie l'accoglienza all'utente e l'informazione ai suoi familiari dal momento dell'arrivo al Pronto Soccorso e durante tutta l'attesa, attraverso la cosiddetta **"accoglienza e umanizzazione"**, esplicabili attraverso la presa in carico globale della persona e la gestione delle informazioni con i relativi caregivers.



OBIETTIVI

Presa in carico olistica del cittadino che si rivolge al Pronto Soccorso attraverso una serie di azioni che possano incidere positivamente sul confort ambientale e

sul benessere della persona nella fase di attesa; tutto ciò si esplica con il contributo di una informazione pertinente e comprensibile ai familiari dal momento dell'arrivo in P.S. e, durante l'attesa, attraverso una congrua ed efficace relazione d'aiuto. Il processo relazionale, che è alla base dell'alleanza con il cittadino/utente, costituisce il pilastro sul quale realizzare la fiducia, patto informale tra utente e personale sanitario.

Gli operatori "Umanisti" si propongono come facilitatori dei percorsi e dei processi e come punto di riferimento per il paziente e gli accompagnatori.



METODO

Gli Operatori Umanisti del **Punto C.I.A.O.**, per le loro esigenze di servizio, hanno a disposizione una postazione fissa di lavoro e sono dotati di tutta

l'attrezzatura necessaria all'espletamento della loro attività (cordless mobile, computer, accessi ai sistemi informativi dell'ospedale, etc.).

Dispongono inoltre di idonea e sempre aggiornata documentazione cartacea ed elettronica relativa allo svolgimento delle loro prestazioni. Nell'ambito di una prevista riorganizzazione degli spazi del Pronto Soccorso gli Operatori Umanisti hanno a disposizione una postazione dedicata e facilmente visibile e accessibile agli assistiti e ai parenti. La divisa aziendale dell'operatore dell'Umanizzazione è riconoscibile e distinta dalle divise ordinarie, color fucsia con la scritta alle spalle: Punto C.I.A.O.

Il Punto Accoglienza è attivo 7 giorni su 7, compresi i giorni festivi. Gli orari di apertura sono dalle ore 8.00 fino alle 20.00 della sera.

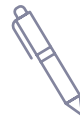


RISULTATI

Le aspettative di questa esperienza hanno valenza non solo dal punto di vista umanistico, attraverso una maggior umanizzazione dell'approccio al Pronto Soccorso e dell'attesa dei Pazienti e dei Parenti, ma avranno un rebound positivo anche sull'attività sanitaria:

- Educazione sanitaria con facilitazione dei percorsi intra ed extra ospedalieri per la presa in carico del cittadino
- Riduzione dei tempi di attesa
- Svolgimento attività propria di "triage" senza continue interruzioni con miglioramento del benessere organizzativo del lavoratore.
- Garanzia della privacy

- Soddisfazione dell'utenza
- Riduzione aggressioni al personale
- Diminuzione del contenzioso



CONCLUSIONI

Il progetto C.I.A.O. mira a realizzare un percorso umanizzato relazionale efficace per gli utenti/pazienti anche a tutela del benessere organizzativo degli operatori di Pronto Soccorso e di Triage che operano quotidianamente in condizioni di particolare stress e sono sempre più frequentemente esposti ad aggressioni varie.

PUNTI DI FORZA

Accoglienza e Umanizzazione

Maggior comfort e ambientale per utenza

Presa in carico del cittadino con riduzione ansia e garanzia di informazioni

Benessere organizzativo operatori e riduzione episodi di aggressioni agli operatori

Disponibilità alla collaborazione da parte delle associazioni di volontariato locali

CRITICITÀ

Spazi ristretti, necessità di modifiche strutturali

Necessità di supporti informatici

Elevata complessità articolazione territoriale dell'Azienda con un bacino di utenza distribuito su ben 70 comuni, con rilevante presenza di stranieri residenti e di passaggio e di popolazione anziana

Diffidenza da parte dell'utenza nei confronti delle istituzioni e degli operatori sanitari.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermiere, infermiere coordinatore, operatori socio-sanitario



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

12 mesi da novembre 2018, data di avvio del progetto in via sperimentale.

Obiettivi a tre mesi:

- Realizzazione box, con linea telefonica e postazione PC con accesso a sistemi informativi
- Predisposizione materiale informativo e questionario gradimento
- Acquisizione disponibilità volontari per supporto all'operatore umanista
- Richiesta divisa differenziata per colore e con logo Punto C.I.A.O.

Obiettivi a sei mesi:

- Avvio corsi formazione volontari
- Installazione di un totem capace di dare informazioni, esclusivamente ai parenti autorizzati, riguardanti le condizioni di salute e la progressione dell'iter diagnostico dei propri congiunti
- Valutazione del servizio attraverso somministrazione questionario di gradimento

Obiettivi a 12 mesi:

- Presa in carico cittadino e orientamento su servizi territoriali aziendali
- Raccordo con le strutture territoriali, fungendo da interfaccia con il Facilitatore dei processi di ricovero nella presa in carico della persona fragile, che si è rivolta al PS





CASA DELLA SALUTE

Unità di Degenza a gestione Infermieristica UDI:

Confort informazione ascolto orientamento

Punto Accoglienza presso PO di Tivoli

Dott.ssa Carboni Luigia - Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie – ASL Roma 5

Infermiere Coordinatore Unità Degenza Infermieristica Palombara Anna Malatesta – ASL Roma 5



ABSTRACT

Le malattie croniche costituiscono la principale causa di mortalità e morbidità in tutto il mondo, con **36 milioni di decessi** ogni anno, pari al 63% delle morti nella popolazione adulta. Nella Regione europea dell'OMS almeno l'86% dei decessi è correlato a tali patologie. Le malattie croniche determinano il 77% del carico di malattia, che è il divario tra lo stato di salute osservato in una popolazione e lo stato di salute atteso, risultando particolarmente invalidanti in termini di dipendenza funzionale e qualità della vita; limitare l'impatto di questi esiti rappresenta una priorità di salute pubblica in tutti i Paesi.

A causa del loro lungo decorso, le malattie croniche richiedono un'assistenza multiprofessionale, individualizzata e continuativa. Infatti, l'Atto di Indirizzo 2016 del Ministero della Salute stabilisce che per i pazienti con malattie croniche sia necessario un diverso modello di assistenza, più

incentrato sul territorio, in modo da consentire una migliore e più appropriata assistenza ed una razionalizzazione della spesa sanitaria. Infatti, l'ospedalizzazione tradizionale non è la risposta assistenziale migliore per le persone con malattie croniche, che dovrebbero poter usufruire più frequentemente di cure in regime di day hospital e assistenza domiciliare integrata, garantendo la continuità terapeutica fra ospedale e territorio. Purtroppo, in generale, il sistema sanitario italiano è tutt'ora più orientato alla gestione del malato acuto e, in particolare, presenta difficoltà nella presa in carico di questi pazienti in alcuni momenti critici della malattia che, pur non coincidendo con una fase di acuzie, rendono particolarmente complessa la gestione a domicilio.

Le Unità di Degenza Infermieristica (UDI)

rappresentano una possibile e innovativa risposta a questo vuoto nella continuità assistenziale per i pazienti cronici.

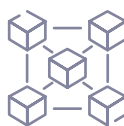


OBIETTIVI

• *Integrazione Ospedale – Territorio:*

garantire la continuità assistenziale attraverso l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali

- Riduzione dei ricoveri inappropriati limitando il ricorso improprio al pronto soccorso nel post - dimissione ospedaliera
- Favorire una appropriata gestione del ricovero ospedaliero, fornendo una alternativa di cura ed assistenza nei pazienti post-acute, affetti da patologie cronico-degenerative in fase di riacutizzazione ridurre giornate di degenza ospedaliera inappropriate, ottimizzando il tasso di occupazione dei posti letto per acuti
- Favorire il recupero dell'autonomia, il consolidamento delle cure post acute, il rientro adeguato a domicilio o in altre forme di ricovero territoriale e residenziale
- Informazione ed Educazione Terapeutica
- Attivazione e il sostenimento dei PDTA e la condivisione di risorse umane e tecnologiche
- Favorire la centralità dell'utente e della famiglia e il soddisfacimento dei nuovi bisogni di salute
- Qualità dell'assistenza
- Riduzione dei costi della Spesa Sanitaria



METODO

Nell'UDI I vengono erogate quel complesso di cure infermieristiche e riabilitative definite "estensive", la loro attuazione è appropriata nel periodo di "post-acuzie" sono necessariamente caratterizzate da precisi denominatori in ordine di successione temporale ed agli obiettivi da perseguire. Il progetto di assistenza non deve essere infatti confuso con quanto inteso per "lungodegenza" e/o per "riabilitazione" in senso stretto. Anche se le cure infermieristiche estensive, consistono in un prolungamento della degenza breve caratteristica dei reparti per acuti (ormai intorno ai 6 giorni medi), e tendono a riabilitare cioè mirano con chiarezza a rendere nuovamente abile un soggetto affetto da una menomazione che gli procura una disabilità, devono perseguire un obiettivo finalizzato: accompagnare e stabilizzare la malattia verso due possibili esiti "guarigione o "cronicità". In definitiva l'offerta assistenziale per ciascun paziente arruolato non deve superare i 20 giorni di degenza; si tratta di un modello post-acuzie che avrà come fine ultimo quello di indirizzare in maniera appropriata il paziente cronico nella rete dei servizi, dovranno essere programmati ed assistiti i percorsi dei PDTA.

Il PAI-UDI è il sistema informativo infermieristico dell'UDI in cui vengono raccolte le informazioni relative all'assistenza infermieristica e l'assistenza medica erogata.

Il PAI-UDI permette di registrare e raccogliere dati relativi a:

- A.** Variabili sociodemografiche: età, sesso, luogo di nascita e di residenza, cittadinanza, stato civile, grado di istruzione, posizione lavorativa, professione
- B.** Variabili organizzative: provenienza, data d'ingresso e di dimissione, giorni di degenza, numero nosologico, codice operatore
- C.** Variabili di assistenza infermieristica: accertamento in ingresso e in uscita, valutazione in ingresso e in uscita, diagnosi infermieristiche in ingresso e in uscita, interventi infermieristici, Barthel index modificato (BIM) in ingresso e in uscita
- D.** Variabili di assistenza medica: motivo del ricovero, diagnosi mediche in ingresso e in uscita, interventi medici
- E.** Variabili relative alla dimissione: tipo di dimissione (trasferimento presso domicilio, ospedale per acuti, residenza sanitaria assistenziale, riabilitazione, assistenza domiciliare, hospice, lungodegenza e decesso del paziente), forma di assistenza prevista (assistenza sociale, ambulatorio infermieristico, MMG), figura principale che assisterà il paziente dopo la dimissione, figura responsabile della terapia, tipo di contatto sociale previsto e note/consigli alla dimissione.



RISULTATI

La ASL ROMA 5 ha attivato l'apertura di due Unità di Degenza a gestione infermieristica: la prima è stata attivata nella Casa della salute di Palombara Sabina il 18/02.2008 con Delibera Aziendale N°211, la seconda nella Casa della Salute di Zagarolo il 02.08.2016 con Delibera Aziendale N°595.

Gli obiettivi fissati per le UDI sono di favorire un'appropriata gestione del ricovero ospedaliero, ridurre le giornate di degenza ospedaliera inappropriate, limitare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, favorire l'integrazione fra strutture ospedaliere e territoriali. La gestione dell'UDI è affidata interamente agli infermieri ed un coordinatore infermieristico è responsabile sia dell'organizzazione sia delle risorse; in particolare, definisce gli obiettivi, i criteri e gli indicatori per la valutazione degli esiti dell'attività

organizzativa e assistenziale ed è il garante della continuità assistenziale, assicurando i rapporti con le diverse strutture organizzative aziendali. L'accesso dei pazienti viene concordato con il medico referente e il coordinatore infermieristico dell'UDI in base a criteri di eleggibilità, stabiliti dal nucleo unità di valutazione multidimensionale, su proposta del Medico di Medicina Generale (MMG) e/o del Medico Ospedaliero e/o del Medico del Centro di Assistenza Domiciliare (CAD) e/o del medico di un ambulatorio specialistico. Il limite massimo per la permanenza in UDI, stabilito dal Decreto del commissario ad acta 12 novembre 2014, n. U00370, è di 20 giorni.

Tutta l'attività dell'UDI è documentata attraverso la raccolta sistematica di dati socio-sanitari sia in forma elettronica (organizzati in un Nursing Minimum Data Set) sia cartacea. Ad esempio, vi sono schede per la valutazione clinico-assistenziale dei pazienti, per la verifica dei criteri di eleggibilità, per la pianificazione e gestione dei piani assistenziali individualizzati, schede per valutare il grado di soddisfazione dell'assistenza ricevuta e l'efficienza dei ricoveri.

PUNTI DI FORZA

Il processo di continuità assistenziale può essere visto come la strategia chiave da adottare ogni qual volta si prendano in carico persone che necessitano di assistenza sanitaria per lunghi periodi della loro vita. L'UDI di Palombara Sabina e di Zagarolo, in questo senso, si collocano come risorsa necessaria a colmare un vuoto gestionale nella presa in carico dei soggetti anziani e con patologie croniche anche multiple, che in alcune fasi della malattia non sono abbastanza acuti per necessitare di assistenza ospedaliera, ma sono abbastanza complessi da non risultare idonei a un percorso di assistenza domiciliare. In generale, si può affermare la capacità dell'UDI di Palombara Sabina e di Zagarolo di perseguire efficacemente non solo tutti gli obiettivi prefissati dal legislatore in termini di riduzione e appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, ma anche di generare esiti sensibili

alle cure infermieristiche favorevoli al miglioramento del livello di indipendenza e autonomia degli assistiti.

La possibilità di garantire efficacemente la continuità assistenziale dipende largamente dal mantenimento di un efficiente e costante flusso informativo tra le strutture della rete territoriale. In tale contesto, risulta di fondamentale importanza che l'UDI, sia in grado di documentare in modo preciso e standardizzato le caratteristiche degli assistiti, l'assistenza ad essi erogata e gli esiti ottenuti. Il PAI-UDI si è rivelato in tal senso uno strumento essenziale, poiché è progettato per raccogliere informazioni strategiche per la professione infermieristica. Perché tali informazioni non risultino bloccate all'interno del contesto dell'UDI, dovrebbero poter essere condivisibili nell'ambito della continuità assistenziale, coinvolgendo servizi territoriali e ospedalieri almeno su base regionale in un flusso informativo basato su un linguaggio professionale standardizzato e condiviso.

CRITICITÀ

Sono necessari ulteriori studi per confermare questi risultati attraverso analisi più approfondite. Studi futuri potrebbero indagare se le modificazioni nel livello di dipendenza degli assistiti siano associate ad altre variabili quali ad esempio le caratteristiche clinico-assistenziali o la durata della degenza. Inoltre sarebbe interessante valutare quali variabili potrebbero risultare predittive degli esiti assistenziali e quali siano i fattori responsabili del prolungamento della degenza in UDI oltre il limite prefissato.



CONCLUSIONI

La realizzazione delle UDI quale snodo importante nella rete dei servizi sanitari nasce dalla condivisione di intenti che si è instaurata fra: organi preposti all'attuazione del progetto tecnico della ASL Roma5, delle forze politiche locali del Comune di Palombara Sabina e del Comune di Zagarolo, l'organo politico regionale "Regione Lazio".

Gli obiettivi comuni sono tesi a:

- Migliorare la qualità dei servizi al cittadino/utente
- Razionalizzare i costi sanitari attraverso la riconversione di servizi e loro strutture
- Aderire ai moderni modelli assistenziali



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Coordinatore Infermieristico, Infermiere case management, équipe infermieristica, OSS, MMG e Medici referenti clinici,

Medici specialisti, Assistente sociale



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto della ASL ROMA 5 è in fase di attuazione dal 18.02.2008, la sua realizzazione ha richiesto circa 12 mesi.

Sono tutt'ora in corso studi migliorativi.



RECUPERO E RIABILITAZIONE S.O. DI TIVOLI
l'approccio Riabilitativo in Gruppo con incontri
bisettimanali per migliorare: salute fisica -
qualità di vita e vita sociale

“PARKINSON IN MOVIMENTO” riabilitazione in gruppo nella malattia di Parkinson

Dott.ssa Clemente Clementina Responsabile Tecnici della Riabilitazione S.O. Tivoli

Dott.ssa Pietropaoli Pierina Fisioterapista S.O. Tivoli

*Dott.ssa Carboni Luigia - Direttore Dipartimento delle
Professioni Sanitarie - ASL Roma 5*



ABSTRACT

La malattia di Parkinson (MP) è una malattia cronica e progressivamente invalidante.

Programmi di prevenzione e di contenimento della disabilità costituiscono, pertanto, una parte di grande rilievo dell'assistenza per questa tipologia di pazienti.

La Malattia di Parkinson (MP) è caratterizzata da un quadro clinico motorio e non motorio, pertanto la presa in carico di tipo riabilitativo deve essere di tipo multidimensionale.

La riabilitazione agisce sulla sintomatologia della malattia e non sulla matrice eziopatogenetica della stessa.

Il ruolo riabilitativo è quello di trovare delle soluzioni/strategie ai problemi funzionali presenti in tal modo da rendere il paziente il più possibile indipendente nelle attività di vita quotidiana ed

in grado, alla fine del programma, di utilizzare al meglio le proprie risorse e di mantenere tale livello di indipendenza per lungo tempo.

30 anni fa' si dava la priorità alla funzione fisica (forza, velocità dei movimenti).



OBIETTIVI

Gli obiettivi, negli ultimi tempi, si stanno sempre più ampliando: i progressi a livello fisico devono tradursi anche in un comprovato miglioramento delle funzioni

base della vita quotidiana, come ad esempio l'autonomia nell'igiene personale, nel vestirsi etc. Ai fini della qualità di vita dei pazienti è tuttavia essenziale che la riabilitazione sia capace di produrre non solo un miglioramento della funzionalità quotidiana, ma anche della partecipazione alla vita sociale.

Per verificare che ciò avvenga, non ci si limita più a

prendere in considerazione gli obiettivi inerenti alla mobilità, come ad esempio la velocità di marcia e altri criteri simili.

Inoltre le ricerche, in riabilitazione, mirano, sempre più spesso, ad agire non solo sull'aspetto motorio, ma anche su quello relazionale.



METODO

Sulla base di queste premesse, si è progettato un lavoro per verificare gli effetti di un programma di riabilitazione di training strategico, nel quale i pazienti imparano a migliorare la loro mobilità mediante l'attenzione, la rappresentazione mentale o gli stratagemmi visivi e uditivi, informazioni sensoriali esterne (cueing), in setting di più persone con la stessa patologia **“Riabilitazione in Gruppo”** e quindi con un'intervento anche sulla partecipazione alla vita sociale.

Nel gruppo il paziente è stimolato alla motivazione, alla socializzazione, alla competizione, nell'affrontare più o meno le stesse problematiche con l'arricchimento del sostegno e del confronto. Socializzare la malattia riduce l'ansia e la depressione individuale. L'osservazione poi di un'azione compiuta da un altro è un importante strumento di apprendimento motorio.



RISULTATI E CONCLUSIONI

Il focus dell'intervento riabilitativo, per la valutazione motoria e non motoria

(UPDRS) e programmi riabilitativi appropriati per il raggiungimento degli obiettivi, è stato riassunto con grafici e tabelle, strumenti di misurazione della variabile di esito di **valutazione/bisogno-prestazione/obiettivi raggiunti** nello studio di “Riabilitazione di gruppo” con follow up: l'esito è stato di un discreto miglioramento delle attività motorie e non motorie. Rilevante e, non per nulla meno importante, nel gruppo, è notevolmente migliorato il tono dell'umore, probabilmente anche in funzione del fatto che i pazienti uscivano di casa due volte alla settimana, per svolgere la riabilitazione, e che ha progressivamente migliorato proprio quelle performance che si erano ridotte a causa di un livello più basso del tono dell'umore. E si invita tutti a prendere in considerazione la possibilità di prescrivere ai parkinsoniani un programma fisioterapico prolungato e specifico, in virtù del fatto che la fisioterapia rappresenta a tutti gli effetti un cardine della terapia nella MP.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Fisioterapista, Medico Neurologo

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Pianificazione quadrimestrale e annuale





SETTING RIABILITAZIONE AMBULATORIALE

Accettazione personalizzata a supporto del Percorso assistenziale Specialistico di Medicina Fisica e Riabilitazione percorso 2 DGRT 595/2005

Dott.ssa Biagi Marcella

Dott.ssa Lorenzoni Antonella

Dott.ssa Cardelli Daniela

A.O.U. Sant'Andrea - Roma



ABSTRACT

La DGRT 595/2005 interviene in attuazione delle disposizioni per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al DPCM 29

novembre 2001, allegato 2B, punto c): medicina fisica riabilitativa, ambulatoriale.

Il documento individua 3 distinti percorsi assistenziali al fine di assicurare, in modo appropriato al bisogno sanitario espresso, risposte adeguate e di dimostrata efficacia:

1. Percorso assistenziale per sindromi algiche da ipomobilità rivolto alle condizioni di artrosi con disturbo algofunzionale ed altre artropatie non specificate con disturbo algofunzionale caratterizzate da un andamento cronicizzante e con un bisogno di adattamento del proprio

stile di vita. Per tali condizioni si ritengono appropriati programmi di attività motoria anche di tipo modificato e di gruppo, AMA o AFA (attività motoria adattata o attività fisica adattata) non necessariamente sanitari, che rientrano nel campo dell'educazione alla salute e della promozione di stili di vita corretti (igiene motoria e posturale – fitness adattato)

2. Percorso assistenziale specialistico di medicina fisica rivolto alle condizioni cliniche acute o in fase di riacutizzazione che hanno determinato una disabilità di tipo segmentario riferibili alle patologie identificate con codice ICD9, suscettibili di modificabilità (senza esiti in disabilità strutturata) attraverso gli interventi previsti dai pacchetti ambulatoriali complessi di Medicina Fisica e riabilitazione (valutazione, rieducazione funzionale, interventi strumentali)
3. Percorso assistenziale ambulatoriale di riabilitazione rivolto alle disabilità anche transitorie di tipo segmentario o globale che richiedono, per la complessità del quadro clinico, una presa in carico globale e la predisposizione di programmi di intervento previsti all'interno di un progetto riabilitativo individuale avente gli obiettivi del contenimento della disabilità o per favorirne la gestione degli esiti, della prevenzione delle menomazioni secondarie e per contenere e/o evitare l'handicap e consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita e l'inserimento psicosociale.

Negli anni la domanda di prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione, Percorso 2, DGRT 595/05 classificate come NON prioritarie e per le quali è indicato dalla normativa regionale un'attesa compresa tra i 10 e 30 gg, si è mantenuta superiore all'offerta, pubblica e privata convenzionata, con una criticità espressa in tempi di attesa non congrui. In Regione Toscana, nell'anno 2016 l'importo complessivo relativo a questa tipologia di prestazioni erogate sia dalle strutture a conduzione diretta che del privato accreditato è stato di circa € 4.500.000. La gestione dell'accettazione di questa tipologia di impegnative redatte sia dal MMG che dallo Specialista affidata al Centro Unico di Prenotazioni riduce la possibilità, da parte dell'Azienda Sanitaria, di verificare e controllare l'erogazione delle prestazioni in termini di inesattezza prescrittiva e appropriatezza della domanda.



OBIETTIVI

Garantire una presa in cura personalizzata fin dal momento dell'accettazione e prenotazione, assicurando la gestione in tempi più rapidi delle liste di attesa, migliorare l'appropriatezza dell'intervento, ridurre il ricorso ad ulteriori prestazioni sanitarie a favore di attività educative e promozione di stili corretti di vita.

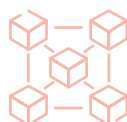
L'intento è rappresentato dalla capacità di assicurare una presa in cura del paziente in tempi appropriati rispetto alla condizione funzionale presentata, contribuendo a:

- Effettuare un primo screening rispetto alla congruità dell'impegnativa rispetto ai vincoli legislativi, (DGRT 595/05)
- Creare un rapporto di fiducia con l'utente volto a contrastare l'inappropriatezza della domanda e il riorientamento della stessa verso percorsi di cura idonei al bisogno

- Applicare protocolli valutativi utili a stratificare le richieste in base al bisogno funzionale
- Promuovere l'empowerment degli Utenti finalizzato all'adesione di corretti stili di vita
- Promuovere l'adesione ai programmi di Attività Fisica Adattata
- Prevenire il ripetuto accesso con lo stesso codice di diagnosi al setting ambulatoriale entro 6 mesi dal termine del ciclo riabilitativo

Gli indicatori che verranno monitorati sono:

1. Riduzione del tempo di presa in cura dell'utente rispetto al tempo medio di attesa
2. Riduzione del n° delle impegnative non evase rispetto alla saturazione dell'offerta CUP
3. Individuazione di richieste non conformi alla normativa e/o con dubbi di inappropriatezza
4. Monitoraggio valutazioni dei pazienti inviati al percorso AFA



METODO

- Istituzione di agende CUP dedicate per la programmazione di slot riferite all'accettazione personalizzata o altre modalità di accesso in cui la persona sia presa in carico da subito
- Redazione di protocolli valutativi professionali che includano Valutazioni Algo Funzionali
- Standardizzate (V.A.F.S.) nelle patologie a più alta incidenza in termini di numerosità e ripetitività dei cicli riabilitativi
- Esecuzione delle V.A.F.S. che, in riferimento alla diagnosi medica, stratifichino gli utenti sulla base di stati funzionali a necessità crescenti in modo da fornire indicazioni su modalità di presa in carico differenziate



RISULTATI

Sperimentazione gennaio – luglio 2018
(Tab. 1)

	2017	2018
N° utenti con presa in carico precoce (accoglienza-ascolto-counseling funzionale)	0	603
N° medio GG di attesa	>567	200
N° impegnative non evase causa saturazione offerta CUP	260	9
N° impegnative non conformi alla normativa e/o con dubbi di appropriatezza	n.d.	51
N° impegnative che hanno richiesto una valutazione multiprofessionale	n.d.	2
N° valutazioni AFA	146	43
Valutazioni algo – funzionali standardizzate e stratificazione bisogno funzionale	0	38
Reclami	0	0



CONCLUSIONI

L'introduzione del modello di accettazione personalizzata applicato nei primi sette mesi dell'anno 2018 ha risposto positivamente all'obiettivo dell'abbattimento dei tempi di attesa per la presa in cura del paziente: siamo passati da una media di oltre 576 gg di attesa nel 2017 a fronte di 200 gg nel 2018 e contestualmente si è ridotto in maniera significativa il n° delle impegnative non evase per saturazione dell'offerta CUP (260 impegnative nel 2017 a fronte delle 9 nel 2018).

Nonostante i buoni risultati organizzativi ottenuti ancora sono molteplici gli aspetti da implementare:

- Estensione del modello di presa in cura personalizzata per i pazienti del Percorso 2 non Prioritario a tutti i setting ambulatoriali dell'Azienda sud est

- Rilevazione sistematica della soddisfazione dell'utente
- Aggiornamento dei protocolli applicati e estensione del numero dei protocolli riabilitativi da applicare



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Direttore UOP Riabilitazione Funzionale, Fisioterapisti, Medici Specialisti R.R.F., Medici Medicina Generale



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

gennaio-luglio 2018

PUNTI DI FORZA

Presa in cura precoce del paziente da parte del FT con competenze idonee a comprendere il bisogno di salute in relazione alla funzione motoria rispetto all'operatore del Centro Unico Prenotazioni

Percorso appropriato in base alla stratificazione del bisogno di salute espresso

Creazione di un rapporto di fiducia con il paziente fin dal momento dell'accettazione – prenotazione

Assenza necessità di incremento delle convenzioni con le strutture private per la riduzione dei tempi di attesa e del N° delle impegnative gestite da retro-sportello CUP a causa della saturazione delle agende

Promozione empowerment e self management attraverso adozione di corretti stili di vita

Promozione dell'adesione ai programmi di attività fisica adattata (educazione sanitaria)

Ottimizzazione del percorso di presa in cura

CRITICITÀ

Distribuzione disomogenea dell'offerta nell'arco dell'anno

Assenza rilevazione sistematica soddisfazione utente

Applicazione protocolli da incrementare



PRIMARY NURSING

Applicazione del modello assistenziale Primary Nursing nell'Azienda Ospedaliera di Perugia

Dott.ssa Laura Fontetrossiani

Dott.ssa Patrizia Ciotti

Dott.ssa Rosita Morcellini

Dott. Luciano Pettinacci

Dott.ssa Carnio Gabriella - Direttore Responsabile Direzione Professioni Sanitarie - SITRO



AREA DI INTERVENTO DEL PROGETTO

Il Primary Nursing è un sistema di erogazione dell'assistenza che si focalizza sulla relazione assistito-infermiere e sugli

importanti elementi della comunicazione e della continuità, essenziali per una pratica sicura.

Promuove il ruolo dell'infermiere quale coordinatore del progetto assistenziale.

Il contesto sanitario è in continua evoluzione, le esigenze dei cittadini, la formazione e le competenze dei professionisti sono cambiate, gli infermieri hanno aumentato il loro livello culturale.

Nelle Strutture le attività assistenziali sono talvolta ancora vincolate a compiti e funzioni che non permettono di riconoscere, da parte degli assistiti e loro familiari l'infermiere quale professionista autonomo e responsabile.

Per rispondere a questa esigenza dei professionisti ed

alla necessità di garantire cure di qualità agli assistiti nasce l'esperienza dell'implementazione del Primary Nursing come modello per erogare un'assistenza infermieristica basata sulle relazioni e guidata dai professionisti infermieri.



ABSTRACT

L'applicazione del Primary Nursing nell'Azienda Ospedaliera di Perugia nasce dall'esigenza di migliorare l'attuale modello organizzativo che caratterizza l'assistenza infermieristica. Il Primary Nursing si basa sull'assegnazione della singola persona assistita ad un infermiere "referente"

che è responsabile della pianificazione e dell'erogazione dell'assistenza dal momento del ricovero fino alla dimissione.

Le strutture scelte per la sperimentazione del modello Primary Nursing sono: Nefrologia e Dialisi, Oncoematologia Pediatrica, Unità di Degenza Ospedaliera Psichiatrica-SPDC, Unità Spinale Unipolare. In queste strutture viene utilizzata una documentazione assistenziale informatizzata.



METODO

- Ricerca bibliografica
- Stesura del progetto
- Condivisione con la direzione aziendale
- Visita documentativa presso ASL Toscana Sud Est
- Coinvolgimento di tutto il personale delle Strutture pilota

- Progetto formativo di tipo blended rivolto a tutto il personale delle Strutture pilota
- Elaborazione da parte dei gruppi di lavoro degli strumenti operativi (manuale di struttura, brochure di accoglienza, lavagna esplicativa, piani assistenziali standard)
- Avvio del progetto
- Monitoraggio del progetto: check list, gruppi di miglioramento, analisi SWOT e audit.



RISULTATI

- Erogazione di un'assistenza personalizzata e applicazione del processo assistenziale.

Verifica: analisi della compilazione delle cartelle/giorno indice

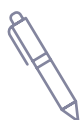
- Miglioramento della relazione infermiere/paziente.

Verifica: valutazione della qualità percepita con strumenti validati

- Valutazione esiti sensibili alle cure infermieristiche.

Verifica: indagini di prevalenza infezioni correlate all'assistenza, lesioni da pressione; monitoraggio cadute.

CONCLUSIONI



Attraverso questo progetto l'Azienda Ospedaliera di Perugia si prefigge di migliorare la qualità dell'assistenza attraverso l'applicazione del modello Primary Nursing, caratterizzato dalla presa in carico dell'assistito da parte di un infermiere "referente" dall'ammissione alla dimissione. Il progetto è attualmente applicato in quattro strutture.

Dal 2019 sarà esteso ad altre strutture assistenziali dell'Azienda Ospedaliera.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

I profili professionali coinvolti nel progetto sono: Infermieri, Operatori Socio Sanitari e Fisioterapisti



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Nomina Gruppo di lavoro: luglio 2016
Stesura e presentazione del Progetto: luglio 2016

Visita documentativa presso la ASL Toscana Sud Est: ottobre 2016 e febbraio 2017.

Analisi organizzativa delle strutture pilota: ottobre/dicembre 2016.

Progetto formativo di tipo blended rivolto al

Personale delle quattro strutture: aprile/maggio 2017

PUNTI DI FORZA	OPPORTUNITÀ
Migliora il lavoro di équipe	Erogazione di un'assistenza personalizzata
Comunicazione più efficace	Cambiamento del modello assistenziale
Maggiore autonomia professionale	Maggiore motivazione e coinvolgimento del personale
Documentazione assistenziale completa	
PUNTI DI DEBOLEZZA	RISCHI
Elevato turn-over degli assistiti	Perdere la performance raggiunta
Difficoltà ad integrare la pianificazione delle attività	Necessità di continui rinforzi
Mancato coinvolgimento dei medici	

Inizio dell'applicazione del PN: giugno 2017.

Monitoraggio del progetto: luglio-dicembre 2018.

Monitoraggio della qualità percepita con strumenti validati: settembre 2018-2019

Gruppi di miglioramento per analisi punti di forza e criticità: settembre 2018-2019

Bibliografia

R Cavalli Y.W., Brilli S., *Primary Nursing. Un modello applicato*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2016

Magon G. Suardi T., *Primary Nursing. Conoscere e utilizzare il modello*, Maggioli Editore

NANDA, *Diagnosi Infermieristiche. Definizioni e classificazione 2015-2017 Decima edizione*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2015

Koloroutis M., *Cure basate sulla relazione*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2015



ACCOGLIENZA OSPEDALIERA

Gruppi di Miglioramento per l'Accoglienza nell'Azienda Ospedaliera di Perugia

Dott.ssa Laura Fontetrossiani

Dott.ssa Patrizia Ciotti

Dott.ssa Rosita Morcellini

Dott. Mario Amico

Dott.ssa Carnio Gabriella - Direttore Responsabile Direzione Professioni Sanitarie - SITRO



AREA DI INTERVENTO DEL PROGETTO

Il miglioramento continuo si presenta come una costante ridefinizione degli standard per rispondere in modo dinamico alle esigenze dell'assistito e assicurare un miglioramento qualitativo dell'assistenza. Tutti devono ripensare costantemente quello che fanno, partendo dalle problematiche relative all'attività assistenziale.

Dall'analisi del contesto erano emerse problematiche relative all'attività assistenziale in alcune Strutture aziendali segnalate dai pazienti e/o familiari attraverso reclami formalizzati all'URP e articoli presenti nella stampa locale.

Inoltre, l'assistenza infermieristica era erogata con modelli organizzativi differenti nelle diverse aree e questo portava a variabilità di comportamenti e alla percezione che non ci fosse uno "stile aziendale". Nello stesso tempo si era rilevata la necessità di rendere più presenti le PO a sostegno dei coordinatori nelle loro funzioni, in particolar modo nella gestione delle risorse umane e della conflittualità.





ABSTRACT

Sono stati avviati, in via sperimentale, i gruppi di miglioramento nelle strutture con più alta criticità affrontando il tema dell'accoglienza, comunicazione, ascolto dell'assistito e le regole di comportamento del personale.

È stato necessario affrontare il tema rilevandone la sua multifattorialità tenendo conto delle diverse direttrici del problema per indirizzare in maniera efficace gli interventi.

La logica è rappresentata dalla **RUOTA DI DEMMING**, un succedersi continuo di pianificazione, messa in opera, controllo, azione correttiva (PDCA: Plan-Do-Check-Act).

È stato stabilito che tutti i pazienti al momento del ricovero in ospedale o al momento di eseguire una prestazione ambulatoriale siano accolti secondo un'istruzione operativa scritta di comportamento elaborata da un gruppo di lavoro di operatori delle professioni sanitarie.

L'istruzione operativa di accoglienza deve indicare:

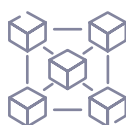
- Come avviene la presentazione e la prima accoglienza
- Le figure professionali coinvolte
- Qual è il contenuto delle informazioni da dare al paziente e quali supporti informativi
- Particolari attenzioni da riservare alle persone fragili/stranieri (servizio di interpretariato etc.)
- Come avviene la registrazione amministrativa del paziente (accettazione)
- I contenuti del colloquio con il paziente per l'accertamento dei bisogni e la prima pianificazione per l'assistenza
- Come si svolgerà il percorso clinico assistenziale ponendo attenzione anche agli aspetti legati alla sicurezza (informativa e consenso, riduzione dei rischi e rispetto della privacy)
- La gestione della dimissione come dimissione consapevole, protetta per garantire sempre la continuità di cura
- Come l'attività deve essere documentata nella cartella clinica
- Come si svolge l'indagine sulla qualità percepita
- Quali sono gli indicatori per la valutazione dell'applicazione dell'istruzione operativa.

In tutte le strutture e i servizi deve essere inoltre elaborata "La carta degli impegni" redatta nello specifico formato aziendale che deve contenere almeno: i nominativi del personale della struttura, l'accoglienza in reparto con orari delle principali attività, informazioni alla dimissione, ritiro cartella clinica, privacy e consenso informato e gli impegni che la struttura assume con la persona/paziente/utente.

In ogni Struttura sarà presente il documento "Impegni per un ospedale che accoglie".

Gli incontri formalizzati come gruppi di miglioramento sono stati accreditati ECM e hanno coinvolto le PO, coordinatori, infermieri e OSS a trattare situazioni pratiche sul campo partendo da problemi reali rilevati (NC, reclami, difficoltà organizzative etc.) e proponendo azioni correttive nell'ottica del miglioramento continuo.

Le Strutture coinvolte nel progetto sono state: **Neurologia, Ortopedia** (1° e 3° piano), **Pneumologia e UTIR, Medicina Vascolare e d'Urgenza-Stroke**.



METODO

- Ricerca bibliografica
- Stesura del progetto
- Condivisione con la direzione aziendale
- Coinvolgimento di tutto il personale delle Strutture pilota
- Progetto formativo di tipo blended rivolto a tutto il personale delle Strutture pilota utilizzando la metodologia didattica: relazioni su tema preordinato, role playing a piccoli gruppi.
- Elaborazione dei documenti
- Avvio del progetto
- Monitoraggio del progetto: check list, analisi dati azioni di miglioramento valutazione successiva per verificarne l'efficacia.



RISULTATI

Apprendimento, attraverso la metodologia dei gruppi di lavoro, delle corrette modalità di accoglienza e presa in carico della persona assistita e regole

di comportamento.

Miglioramento continuo attraverso l'implementazione di un sistema di gestione integrato e trasversale a tutta l'azienda, che coniughi Qualità e Sicurezza, basandosi sull'approccio per processi, orientato ai risultati e alle esigenze dell'utente e, capace di innescare un ciclo virtuoso che stimoli una costante e spontanea ricerca di soluzioni innovative per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del sistema.

Miglioramento del clima organizzativo e pertanto potenziare il senso di appartenenza degli operatori attraverso la valutazione continua con strumenti validati, analisi dei dati e azioni correttive nelle aree a maggiore criticità.

Riduzione del contenzioso.



CONCLUSIONI

Nell'Azienda Ospedaliera di Perugia è attivo il progetto ***“l'ospedale che accoglie”*** come una delle azioni previste nell'ambito del progetto “umanizzazione” e la “rete degli ospedali per la promozione della salute - HPH (Health Promoting Hospital). L'HPH è un programma dell'OMS al quale aderiscono gli ospedali di diversi paesi europei e di alcune regioni italiane. Esso si fonda sulla definizione di promozione della salute contenuta nella Carta di Ottawa del 1986, ossia ***“processo che mette in grado la persona di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla”***.

Attraverso questo progetto l'Azienda Ospedaliera di Perugia si prefigge di migliorare la qualità dell'accoglienza in ospedale che rappresenta ***un'attività necessaria per costruire un rapporto di fiducia e collaborazione tra persona assistita e persona che assiste*** con il contributo di tutti gli operatori. Il progetto è attualmente applicato in cinque strutture; dal 2019 sarà esteso ad altre strutture assistenziali dell'Azienda Ospedaliera.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

I profili professionali coinvolti nel progetto sono: N.100 Infermieri, n.35 Operatori Socio sanitari (OSS), n.9 Fisioterapisti e n.1 Logopedista



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto è stato realizzato da ***marzo a dicembre 2018***.

Monitoraggio del progetto: gennaio-giugno 2019.

Per un periodo di 3 mesi saranno sperimentate le nuove “modalità” d'accoglienza condivise. Il Coordinatore ed il Responsabile di Posizione organizzativa dovranno raccogliere, nelle rispettive strutture, le informazioni riguardo l'adesione ai comportamenti e modalità di cui sopra, attraverso una griglia semi-strutturata elaborata all'uopo. Restituzione di ogni struttura dei risultati dell'implementazione delle nuove modalità concordate e predisposte le azioni correttive da mettere in atto. Attivazione delle nuove modalità operative settembre-dicembre 2019.

Bibliografia

Decreto legislativo n. 502/92 e succ. modifiche, art. 14
“utilizzo di indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie, riferiti alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, ...”

Carta dei Servizi Sanitari (Decreto PCM 19/05/95)
” individua l'accoglienza all'ingresso come uno dei fattori di qualità dell'accettazione dell'utente”;

Decreto Min. Sanità 15/10/96
” Approvazione indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione...”

Koloroutis M., Cure basate sulla relazione, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2015

PUNTI DI FORZA

Migliore relazione d'aiuto

Comunicazione con l'assistito e le persone di riferimento più efficace

Migliore clima aziendale

CRITICITÀ

Necessità di continui rinforzi con il personale coinvolto per non disperdere la performance raggiunta

Elevato turn-over degli assistiti

Aumento della complessità assistenziale degli assistiti





TRIAGE RIABILITATIVO

Il modello organizzativo gestionale del Triage Riabilitativo

Responsabile del progetto: Dott. Biscontini Devid

Dott.ssa Carnio Gabriella - Direttore Responsabile Direzione Professioni Sanitarie - SITRO



AREA DI INTERVENTO DEL PROGETTO

Il progetto si svolge presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia, proposto alla Direzione delle Professioni Sanitarie e attuato dall'Area della Riabilitazione in concerto multidisciplinare con tutte le professioni sanitarie e mediche del nosocomio. Caratteristiche principali del progetto sono:

- Definizione di criteri di priorità che determinano il grado di Urgenza (Triage) in riabilitazione
- Orientare gli interventi riabilitativi ai principi dell'appropriatezza e dell'efficacia documentata per esiti di patologie prevalenti di pertinenza riabilitativa con metodica Evidence Based Practice
- Condivisione di percorsi e tipologia di intervento riabilitativo



ABSTRACT

L'applicazione di un'organizzazione di tipo triage nell'Area della Riabilitazione è motivata dallo sviluppo di un processo di gestione informatizzata della consulenza riabilitativa per il raggiungimento e la miglioria dell'appropriatezza organizzativa. La procedura informatizzata ha notevolmente migliorato la tracciabilità dei tempi e degli operatori

impiegati nel processo prescrittivo, consentendo di valutare efficienza, qualità del servizio erogato e facilitando la definizione del grado di urgenza riabilitativa. L'assetto organizzativo del triage riabilitativo prevede tre diverse tipologie di urgenza: il codice Rosso indica che entro 1 ora il paziente deve ricevere una valutazione e l'eventuale trattamento riabilitativo; il codice Giallo viene applicato quando la valutazione deve essere effettuata entro le 12 ore e non oltre se la richiesta viene inviata entro le ore 12:00, altrimenti entro le 24 ore; il codice Bianco, viene erogato entro le 24/48 ore.

Il nuovo modello organizzativo è stato testato nell'ambito di un progetto formativo che prevedeva l'individuazione di gruppi di lavoro multi-professionali, composti cioè da personale della riabilitazione, medici ed infermieri delle strutture di degenza.

Lo scopo ultimo dei gruppi di lavoro era quello di condividere percorsi e tipologia di intervento riabilitativo per condizioni patologiche esitali di pertinenza riabilitativa, con attenzione particolare alla definizione dei criteri di priorità che determinano il grado di urgenza secondo un modello di Evidence Based Practice.

Grazie a questi elementi è stato possibile procedere alla riorganizzazione dell'attività riabilitativa, rispettando il grado di urgenza determinato attraverso il triage riabilitativo, e attuare il percorso riabilitativo secondo le esigenze delle patologie esitali prese in esame.

Si evince la necessità di introdurre degli indicatori di processo e esito per misurare l'effettiva applicazione delle raccomandazioni di carattere assistenziale e il loro impatto finale sugli esiti riabilitativi.



OBIETTIVI

GENERALI

L'obiettivo generale del progetto è quello di definire i criteri di priorità che determinano il grado di urgenza (triage), di orientare gli interventi riabilitativi ai principi dell'appropriatezza e dell'efficacia documentata attraverso la costituzione di gruppi di lavoro multi-professionali, composti da personale della riabilitazione, medici, infermieri e operatori socio assistenziali delle strutture di degenza, al fine di condividere percorsi e tipologia di intervento riabilitativo, per esiti di patologie prevalenti di pertinenza riabilitativa, nella Azienda Ospedaliera di Perugia.

SPECIFICI

Una estensione di questo progetto prevede l'utilizzo dello strumento IPER2 (strumento per Audit Clinico e controllo di gestione per Indicatori di Processo Esito in Riabilitazione edizione2) al fine di identificare nuovi indicatori in ambito riabilitativo che consentano di misurare e comparare l'appropriatezza ed efficacia dell'intero processo del Triage Riabilitativo, nei risultati attesi l'inquadramento dei principali indicatori di processo/esito sono necessari per:

- Pianificazione e conduzione di audit clinico
- Definizione di un set multidimensionale di indicatori
- Attuazione di programmi di risk management
- Uniformare i comportamenti assistenziali
- Standardizzare e condividere le procedure
- Sensibilizzare e formare il personale
- Garantire le migliori cure riabilitative al paziente



METODO

L'attuazione del progetto è stata costruita attraverso due momenti fondamentali:

1. Processo della Informatizzazione della richiesta di consulenza nell'Azienda Ospedaliera di Perugia
2. Progetto formativo "Triage Riabilitativo e Appropriatezza in Ospedale"

Il primo progetto ha previsto la dematerializzazione delle richieste di consulenza attraverso un sistema, su piattaforma informatizzata, fino ad eliminare le richieste cartacee per tutte le consulenze specialistiche.

L'Area della Riabilitazione è stata indicata dalla Direzione Aziendale come primo soggetto sperimentatore del progetto.

La sperimentazione presentata ambisce a proporsi come esempio di appropriatezza organizzativa, in quanto, l'intervento sanitario riabilitativo in acuto viene erogato secondo un criterio di Triage Riabilitativo, che suddivide la richiesta di consulenza riabilitativa in differenti gradi di gravità. Il potenziamento dei processi informativi, applicato per facilitare l'integrazione delle diverse aree di intervento e più in generale a supportare il processo di riorganizzazione in sanità, è esso stesso un chiaro esempio di appropriatezza organizzativa.

La Appropriatezza organizzativa, come noto, concerne la scelta delle modalità di erogazione più idonee ai fini di massimizzare la sicurezza ed il benessere del paziente e di ottimizzare l'efficienza produttiva ed il consumo di risorse.

Il secondo progetto formativo svoltosi a frequenza annuale nel 2015, 2016 e 2017 prevedeva un corso della durata complessiva di 35 ore, con metodologia blended di 5 ore di formazione residenziale e 30 ore di formazione sul campo, strutturata in gruppi di lavoro/miglioramento/studio sui criteri di appropriatezza nella presa in carico dei pazienti affetti da differenti esiti, quali:

trauma cranio-encefalico medio grave con mobilitazione precoce in Unità di Terapia Intensiva (UTI), esiti di interventi di cardiocirurgia, percorso del paziente con BPCO riacutizzata, esiti di patologie oncoematologiche nel bambino e nell'adulto, insufficienza respiratoria nell'immaturo, percorso del paziente con ictus ischemico ed emorragico, percorso del paziente ospedalizzato con sindrome ipocinetica, paziente settico ospedalizzato con sindrome ipocinetica e problematiche riabilitative nel paziente oncologico.

Il metodo di lavoro prevedeva che ogni gruppo provvedesse all'analisi della letteratura e delle linee guida di riferimento confrontandole con le procedure operative adottate, per identificare lo scostamento della **practice** aziendale da quanto raccomandato, e soprattutto, gli eventuali ostacoli esistenti all'applicazione delle raccomandazioni nel modello di triage riabilitativo. Alla fine di tale analisi ogni gruppo provvedeva all'elaborazione di un diagramma di flusso o **flowchart**.

Al termine del corso il partecipante era in grado di descrivere il percorso clinico-riabilitativo della

persona assistita con particolare riferimento a:

- Ricerca della letteratura/documentazione sulla appropriatezza riabilitativa
- Analisi dei casi nelle specifiche aree assistenziali
- Criteri di appropriatezza della richiesta di consulenza riabilitativa urgente.



RISULTATI

Fino ad oggi, i dati raccolti hanno permesso di elaborare due analisi retrospettive.

Nella prima analisi retrospettiva si è valutato il confronto tra consulenza cartacea e informatizzata.

L'indicatore preso in esame è stato il prodotto tra il volume generale di attività riabilitativa e tempo di risposta riabilitativa (presa in carico).

Il **timing di presa in carico** veniva posto come un indicatore di livello di appropriatezza organizzativa nel processo assistenziale.

È stato preso in analisi un periodo di un anno solare: da settembre 2013 a settembre 2014, in riferimento alla consulenza cartacea; e da settembre 2015 a settembre 2016, in riferimento alla consulenza informatizzata.

La scelta dei determinati periodi presi in esame è stata posta in un'ottica di equità di personale coinvolto, e soprattutto a periodi di massimo regime di applicazione sul campo di entrambe le metodiche di richiesta di consulenza.

Dai dati è emerso che nei pazienti con codice bianco (91,9% del volume attività riabilitativa) il tempo medio di presa in carico era di 49 ore e 47 minuti. Nei pazienti con codice giallo (8% del volume attività riabilitativa) il tempo medio di presa in carico era di 20 ore e 41 minuti.

Un esiguo numero di pazienti con codice rosso dove il volume di attività riabilitativa corrispondeva allo 0,1%.

Il risultato evidenziava come il volume di attività riabilitativa stadiato secondo un modello di triage in una organizzazione di consulenza informatica, si riteneva più appropriato nel rispettare la tempistica di presa in carico riabilitativa oltre ad avere vantaggi sulla tracciabilità del processo rispetto alla consulenza cartacea.

Con la seconda analisi retrospettiva si è voluto valutare quanto un progetto formativo potesse essere efficace nel ridurre o correggere l'errore di richiesta di consulenza riabilitativa.

A tal proposito è stato costituito un progetto formativo che prevedeva l'individuazione di gruppi di lavoro multi-professionali, composti da personale della riabilitazione, medici ed infermieri, volto ad orientare gli interventi riabilitativi ai principi

dell'appropriatezza e dell'efficacia attraverso un'implementazione di strumenti della Evidence-Based Practice.

L'appropriatezza della richiesta riabilitativa è stata valutata mettendo a confronto il primo quadrimestre del 2016 (da gennaio ad Aprile), antecedente al corso di formazione, rispetto al primo quadrimestre del 2017, periodo successivo all'evento formativo. L'analisi ha evidenziato come nel primo quadrimestre del 2016 su un totale di 3.698 richieste di consulenza riabilitativa, la stadiazione complessiva di triage si presentava suddivisa con lo 0% per il codice Rosso, il 7,7% per il codice Giallo e il 92,3% per il codice Bianco. Dopo il periodo di evento formativo (da maggio a dicembre 2016), analizzando il primo quadrimestre del 2017, si notava che su un totale di 3.898 richieste di consulenza riabilitativa la stadiazione complessiva secondo il modello triage mostrava lo 0% per il codice Rosso, il 6,5% per il codice Giallo e il 93,5% per il codice Bianco. Si evinceva come l'evento formativo abbia portato ad un incremento delle richieste di consulenza riabilitativa, ma soprattutto ad una maggiore appropriatezza rispetto al codice Giallo, in quanto molte delle richieste di consulenza del 2016 con tale grado di urgenza risultavano inappropriate e attribuibili al codice Bianco, con una discordanza tra il professionista che richiedeva la consulenza e il professionista che la espletava.



CONCLUSIONI

Il Progetto "Triage Riabilitativo", ha ottenuto degli obiettivi molto importanti, quali, sperimentazione della consulenza riabilitativa informatizzata, definizione di criteri di triage per patologie esitali di pertinenza riabilitativa, appropriatezza nel timing di presa in carico riabilitativa tramite un nuovo indicatore di processo secondo un modello di triage e la condivisione multidisciplinare e multiprofessionale attraverso un modello formativo volto all'implementazione degli strumenti della Evidence-Based Practice.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Medici, Infermieri, Fisioterapisti, Logopedisti, Ortottisti, OSS, personale della Formazione e del Servizio Informatico e del Controllo di Gestione dell'Azienda Ospedaliera di Perugia



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Non essendoci modelli simili documentati, il progetto è quotidianamente in fase sperimentale, per i risultati ottenuti la tempistica di realizzazione di circa 3 anni. È necessario un ulteriore passo avanti per iniziare a definire gli indicatori di processo/esito dell'intero progetto.

PUNTI DI FORZA

Sperimentazione di un percorso organizzativo gestionale di Triage Riabilitativo

Centralità del paziente e personalizzazione dell'assistenza riabilitativa

Coinvolgimento e responsabilizzazione di tutti i profili professionali coinvolti

CRITICITÀ

Necessità di adeguamento delle risorse tecnologiche e infrastrutturali (dotazione di computer a reparto, server e rete dati performanti)

Resistenza al cambiamento osservata nella fase iniziale del processo nonostante la Grande motivazione del personale della Area Professionale Riabilitativa, la collaborazione con la Direzione Aziendale, della Direzione delle Professioni Sanitarie, il Servizio Informatico e la Formazione

Campione e periodo limitato di valutazione.

Compliance non omogenea dei partecipanti ai corsi i quali hanno preso parte almeno al 90% delle 35 ore.

Assenza di Indicatori di Processo/Esito

Bibliografia

Biscontini Devid, Saiu Maria Pia, Ontari Gianluca, Mancinelli Luciano, Pettinacci Luciano, Mencacci Marco, Carnio Gabriella, Vafiadaki Adamantia, Rosi Piero, Pacchiarini Diamante Abstract book- 13a Conferenza Nazionale GIMBE- Salute prima di tutto, una sanità per tutti, Bologna, 2 marzo 2018, "Migliorare l'appropriatezza del Triage Riabilitativo in Ospedale per acuti attraverso un progetto formativo multi-professionale".

Saiu Maria Pia, Mencacci Marco, Rosi Piero, Carnio Gabriella, Pacchiarini Diamante, Biscontini Devid e Area Professionale Riabilitativa Azienda Ospedaliera di Perugia Abstract book- 12a Conferenza Nazionale GIMBE- Per una sanità al centro dell'agenda politica Bologna, 3 marzo 2017, "Riorganizzazione dell'assistenza sanitaria riabilitativa per acuti nella Azienda Ospedaliera di Perugia attraverso il processo di gestione informatizzata delle richieste di consulenza secondo un criterio di Triage Riabilitativo".

British Society of Rehabilitation Medicine, Rehabilitation for patients in the acute care pathway following severe disabling illness or injury: BSRM core standards for specialist rehabilitation October 2014

Ars Liguria i quaderni dell'agenzia: IPER 2 Indicatori di Processo Esito in Riabilitazione. Uno strumento per l'audit clinico e il controllo di gestione

ARS Toscana Indicatori per la qualità dell'assistenza: Indicatori per la valutazione dell'adesione alle Linee Guida

Mary Vining-Radomski (Sister Kenny Rehabilitation Institute, United States), Trevor Carlson Scheduling Guidelines: A Tool for Triage of Rehabilitation Services in Acute Medical Settings.. Arch Phys Med Rehabil Vol 88, October 2007

Katherine E. Harding, MPH, Nicholas F. Taylor, PhD, Sandra G. Leggat, PhD, Maree Stafford, MPH Effect of Triage on Waiting Time for Community Rehabilitation: A Prospective Cohort Study Arch Phys Med Rehabil Vol 93, March 2012

Julie A. Hobbs, Julia F. Boysen, Kimberly A. McGarry, Jeffrey M. Thompson, Jon T. Nordrum Development of a Unique Triage System for Acute Care Physical Therapy and Occupational Therapy Services: An Administrative Case Report PHYS THER. 2010; 90:1519-1529

Marcelo Riberto¹, Sueli Satie Hamada Jucá², Margarida Harumi Miyazaki³, Linamara Rizzo Battistella⁴ The triage process in rehabilitation centers ACTA FISIATR. 2010; 17(3): 130 – 133

Evelyne Durochera, Barbara E. Gibson and Susan Rappolt Rehabilitation as "destination triage": a critical examination of discharge planning DISABILITY AND REHABILITATION, 2017 VOL. 39, NO. 13, 1271–1278

TSLB

L'analisi delle competenze come strumento di gestione

Il progetto pilota nel profilo professionale di tecnico di laboratorio biomedico dell'Azienda Ospedaliera di Perugia

Dott.ssa Babini Patrizia

Dott. Bettelli Giuliano

Dott.ssa Carnio Gabriella - Direttore Responsabile Direzione Professioni Sanitarie - SITRO

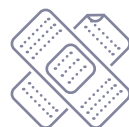


AREA DI INTERVENTO DEL PROGETTO

Il progetto trova applicazione negli ambiti che vedono coinvolto il profilo professionale di Tecnico Sanitario

di Laboratorio Biomedico (TSLB) dell'Azienda Ospedaliera di Perugia e origina dalla constatazione che negli ultimi anni l'introduzione di nuove tecnologie ha profondamente modificato il campo della biologia e della medicina, introducendo nuovi ambiti di competenza a carico di questo profilo professionale.

Le recenti tecniche, le nuove tecnologie ed i software di ultima generazione consentono una risposta sempre più personalizzata ai diversi bisogni di salute ma, al contempo, impongono riflessioni sulla gestione efficace delle stesse, relativamente alla necessità di nuove competenze fortemente specialistiche da parte dei professionisti impegnati nei processi diagnostico-terapeutici.



ABSTRACT

Background:

L'introduzione di nuove tecnologie ha definito nuovi ambiti di competenza del profilo professionale di Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico, che ha spinto l'organizzazione dei servizi laboratoristici verso la costituzione di micro équipes con ricadute negative rispetto alla gestione del personale.

Obiettivi:

Mappare le competenze professionali dei TSLB dell'Azienda Ospedaliera di Perugia attraverso l'utilizzazione della tecnica dell'analisi di posizione (job analysis), per ricavare strumenti per ottimizzare la gestione delle tecnologie e delle risorse umane.

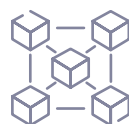
Metodi:

- Percorso formativo (accreditato ECM) strutturato in due fasi:
 - A.** Formazione residenziale
 - B.** Formazione “on the job” articolata in focus group, per la produzione di descrizioni “destrutturate” e narrative delle attività
- Elaborazione delle singole job description
- Definizione e implementazione del portfolio delle competenze di ciascun professionista
- Bilancio delle competenze
- Redazione della procedura operativa standard per la gestione delle emergenze organizzative.

OBIETTIVI



Obiettivo generale del progetto è definire un'esatta mappatura delle competenze professionali attraverso l'utilizzazione della tecnica dell'analisi di posizione (job analysis) finalizzata all'ottimizzazione della gestione di tecnologie e risorse umane.



METODO

- 1.** L'attività è così articolata:
Definizione di uno specifico percorso formativo (accreditato ECM), per coinvolgere in maniera proattiva tutti i TSLB nella mappatura delle competenze, strutturato in tre fasi:
 - A.** Formazione residenziale. Realizzazione di più incontri per aumentare il grado di consapevolezza professionale ed aventi la finalità di fornire a tutti i TSLB gli strumenti teorici necessari per la costruzione delle job description
 - B.** Formazione “on the job” articolata in focus group, gestiti dai coordinatori dei servizi con ruolo di facilitatori, specifici per singoli settori di laboratorio, finalizzata alla rilevazione delle attività mediante la produzione di descrizioni “destrutturate” e narrative delle attività stesse (job analysis)
 - C.** Formazione in aula: “open day” virtuale dei laboratori autogestito dai singoli gruppi di lavoro.
- 2.** Elaborazione dei dati raccolti nella fase di rilevazione in una descrizione analitica e standardizzata attraverso la realizzazione di una scheda di analisi della posizione, per definire le principali attività e responsabilità di ogni posizione lavorativa (job description)
- 3.** Definizione e implementazione del portfolio di ciascun TSLB, attraverso un processo di ricostruzione ed analisi del percorso formativo e professionale, con particolare evidenza delle competenze ed abilità specifiche relative alle posizioni ricoperte oltre che ai percorsi formativi individuali
- 4.** Bilancio delle competenze basato sul confronto tra le risorse personali (cognitive e motivazionali) e professionali (conoscenze ed abilità operative) con le esigenze organizzative e le attese dell'Azienda
- 5.** Redazione di procedure operative standard per la gestione delle emergenze organizzative e tecnologiche (assenze improvvise di personale, guasti di attrezzature o impianti).

	OBIETTIVI SPECIFICI CON RISULTATI ATTESI	INDICATORI UTILIZZATI
1	Mappatura di tutte le attività riconducibili al profilo di TSLB nelle strutture laboratoristiche dell'Azienda Ospedaliera di Perugia	Elaborazione delle job description per ogni struttura dettagliate a livello di settore
2	Valutazione delle competenze possedute da ciascun TSLB dell'Azienda ospedaliera di Perugia	Elaborazione di schede di valutazione personale
3	Definizione di strumenti per la gestione delle criticità derivanti da assenze di personale non programmabili e da indisponibilità di tecnologie	Redazione di procedure operative standard per la gestione delle emergenze organizzative
4	Promozione della conoscenza delle diverse attività di laboratorio tra i professionisti coinvolti	Realizzazione di giornate di formazione residenziale ad hoc



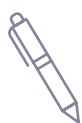
RISULTATI

Nel corso del 2017 è stata attivata la prima fase che si è concretizzata con la formazione frontale di 120 TSLB e la formalizzazione di 37 focus group

relativi alle attività svolte nelle diverse strutture laboratoristiche aziendali (*Accettazione, campionamento, istologia e digitalizzazione; Immunoistochimica – istochimica – OSNA; Citologia; Autopsie; Accettazione; Emocolture; Batteriologia tradizionale; Batteriologia ad alta automazione; Infezioni ospedaliere; Micologia; Sierologia; Biologia molecolare; Parassitologia; Micobatteriologia; Urgenze; Corelab; Urine, feci, emoglobine patologiche; Ematologia; Coagulazione; Isola proteica; Accettazione; Autoimmunità; Farmaci, droghe; Emocomponenti; Virologia; NAT e biologia molecolare; Immunoematologia (urgenze e routine); Citoematologia; Citogenetica; Differenziazione cellulare; Oncologia medica; Ematologia TMO; Emopatologia; Reumatologia; Ciclotrone e preparazione radiofarmaci; Medicina del lavoro; Endocrinologia; Medicina vascolare; Farmacia – antiblastici; Farmacia – nutrizione parenterale; Farmacia – galenica non sterile*).

Nei primi mesi del 2018 i gruppi di lavoro così attivati, supervisionati dai TSLB Coordinatori con ruolo di facilitatori, hanno prodotto relazioni descrittive, sulla base di schede contenenti indicazioni metodologiche di massima per lasciare spazio anche ad una descrizione narrativa delle attività.

Al termine dell'attività dei focus group, è stata realizzata una giornata conclusiva del percorso di formazione autogestita dai singoli gruppi di professionisti finalizzata alla socializzazione ed alla presentazione dell'organizzazione e delle attività svolte nei diversi laboratori aziendali, attraverso l'uso di sistemi multimediali.



CONCLUSIONI

Il progetto è attualmente in corso e prevede che la rielaborazione delle relazioni prodotte sia completata nel corso dei primi mesi del 2019. Sono in fase di realizzazione le job description.

PUNTI DI FORZA

Il rapido sviluppo tecnologico ed organizzativo che caratterizza il sistema sanitario, implica rilevanti e imprescindibili cambiamenti nella gestione delle risorse umane. In questo processo di forte cambiamento diventano sempre più fattori strategici i professionisti, le loro competenze, il livello di motivazione e l'impegno che vogliono e possono esprimere all'interno del lavoro e delle responsabilità loro assegnate. I feedback ricevuti sulla parte di progetto già svolta sono stati estremamente positivi, ed hanno messo in evidenza alcuni punti di forza del progetto stesso:

1. Coinvolgimento diretto delle persone, con elevato grado di delega rispetto ai contenuti da esprimere
2. Progetto con ricadute organizzative importanti dal punto di vista dei professionisti
3. Aumento del senso di appartenenza derivante dalla conoscenza delle attività svolte in tutti i laboratori aziendali, che hanno innescato un senso di orgoglio professionale
4. Sviluppo di relazioni interpersonali tra professionisti dello stesso profilo

CRITICITÀ

Estrema complessità organizzativa dei laboratori aziendali legata sia all'elevato numero di specialità che all'articolazione complessa delle stesse



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Tecnici sanitari di laboratorio biomedico

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Fase 1: Formazione entro 31 dicembre 2017

Fase 2: Focus group entro 31 dicembre 2018

Fase 3: Ricostruzione delle job description 30 marzo 2019

Fase 4: Definizione del portfolio delle competenze e bilancio delle competenze 30 settembre 2019

Fase 5: Redazione delle procedure operative standard per la gestione delle emergenze organizzative e tecnologiche 31 dicembre 2019





PERIPARTUM E POST PARTUM

1-Percorso assistenziale nelle stanze di Lucina 2-Percorso assistenziale travaglio a basso rischio nel Blocco Parto

Responsabili del progetto:

CPSE Ost. Simona Freddio

CPSE Ost. Ivana Baldassarri Azienda Ospedaliera di Perugia, Umbria

Dott.ssa Carnio Gabriella - Direttore Responsabile Direzione Professioni Sanitarie - SITRO

parto che accedono alla sala parto e che rientrano nei criteri di travaglio a basso rischio (BRO) attraverso la valutazione effettuata dal medico di accettazione al momento del ricovero sulla base di una check list per la valutazione del rischio condivisa tra ginecologi e ostetriche ed indirizzo al percorso appropriato.

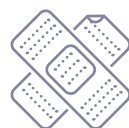


AREA DI INTERVENTO DEL PROGETTO-1

Il progetto si rivolge a tutte le donne con gravidanza fisiologica preventivamente selezionata che ne fanno richiesta e la procedura è applicata dal personale ostetrico all'interno del percorso nascita "Le stanze di Lucina" ed ha lo scopo di definire le responsabilità e le modalità di gestione dell'assistenza ostetrica. Le due stanze di Lucina n.44 e 46 sono ubicate all'interno della degenza delle SS.CC. di Ostetricia e Ginecologia blocco G piano +2 dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Sono predisposte al soggiorno della donna dal momento dell'accettazione che coincide con l'inizio del travaglio attivo, fino alla dimissione, con modalità di rooming-in per il neonato e possibilità di ospitare per l'intera durata della permanenza il partner.

AREA DI INTERVENTO DEL PROGETTO-2

Il progetto si rivolge a tutte le donne in travaglio di



ABSTRACT

Background: Il Comitato Percorso Nascita nazionale che coadiuva e supporta le Regioni nella costruzione della nuova rete dei Punti nascita sulla

base dell'Accordo Stato-Regioni del 16.12.2010 e del DM 70/2015, ha elaborato il documento: "Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO): Aree funzionali per le gravidanze BRO e gestione autonoma BRO in UU.OO. di Ostetricia e ginecologia" che promuove modelli assistenziali per la donna in gravidanza e travaglio/parto a basso rischio in grado di affiancarsi ai modelli tradizionali.

L'obiettivo è di incoraggiare soluzioni organizzative che garantiscano una maggiore continuità dell'assistenza peripartum rispondente a criteri di qualità e sicurezza. Nello stesso tempo si vuole offrire alla donna, previa valutazione clinica delle sue condizioni di salute e dello specifico rischio, la possibilità di una scelta informata del setting assistenziale.

Il Comitato Percorso Nascita afferma l'importanza che l'assistenza e l'accompagnamento alla gravidanza al parto e al post partum/puerperio alla donna e al neonato venga modulata nel rispetto della sua natura fisiologica.

Come sottolineato nel documento, dalla letteratura internazionale proviene l'indicazione alla gestione della gravidanza e del parto a basso rischio da parte delle ostetriche quale modalità associata ad una riduzione di interventi medici non necessari (taglio cesareo, episiotomia) e ad una maggiore soddisfazione delle donne con esiti di salute materni e neonatali sovrapponibili a quelli delle unità di ostetricia tradizionali, per questo il documento Ministeriale BRO propone l'operatività assistenziale ostetrica quale attività autonoma nella gestione/assistenza della gravidanza e nascita fisiologica preventivamente selezionata come tale. Le Aree funzionali BRO a cui fanno riferimento le linee di indirizzo appartengono alla categoria Alongside ossia aree collocate nella stessa unità operativa di ostetricia o adiacenti e direttamente collegati ad essa.

Questo modello avanzato di autonomia ostetrica è presente in Italia solo in esigui punti nascita. Decisamente più presente in Italia (almeno 40 Punti Nascita) il secondo modello di gestione autonoma BRO a cui fa riferimento il documento in cui sono state attivate modalità assistenziali con un percorso differenziato per profilo di rischio all'interno del Blocco Parto con assistenza esclusiva da parte dell'ostetrica e check list per la valutazione del rischio condivisa tra ginecologi e ostetriche ed indirizzo al percorso appropriato.



OBIETTIVI

Obiettivo generale dei progetti è offrire specifici percorsi assistenziali differenziati per profilo di rischio all'interno del punto nascita dell'AO di Perugia in attuazione

ad entrambi i modelli di gestione autonoma BRO a cui fanno riferimento le linee di indirizzo emanate. Tali modelli non devono essere considerati sostitutivi di quelli in essere, bensì in grado di affiancarsi ad essi con l'obiettivo di promuovere soluzioni organizzative che rispondano non solo a criteri di qualità e sicurezza, ma garantiscano una maggiore continuità nell'assistenza in gravidanza, parto e puerperio fermo restando la valutazione clinica delle condizioni e dello specifico rischio.

Il percorso delle Stanze di Lucina istituisce un'area funzionale BRO *alongside* collocata nella stessa unità operativa di ostetricia, definendo

un percorso assistenziale di parti fisiologici gestiti esclusivamente dall'Ostetrica. Il secondo progetto è l'attuazione del secondo modello di gestione autonoma BRO a cui fa riferimento il documento con check list per la valutazione del rischio condivisa tra ginecologi e ostetriche ed indirizzo al percorso appropriato, definendoci affidare la gestione del processo fisiologico e la responsabilità nei confronti della donna a basso rischio che accede al Blocco Parto alla responsabilità professionale dell'Ostetrica/o che, come professionista della nascita fisiologica, rappresenta la figura di riferimento per la donna che viene considerata unica e vera protagonista del parto, a cui sono garantite una partecipazione ed una gestione attiva dell'evento.

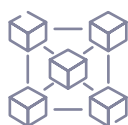
L'adozione e l'implementazione dei percorsi BRO permetterà di garantire un progressivo cambiamento culturale che consentirà un'ottimizzazione delle risorse e una valorizzazione della figura dell'ostetrica. L'ostetrica, infatti, svolge un ruolo centrale in quanto rappresenta la professionista sanitaria in grado di condurre a termine in autonomia un parto a basso rischio in condizioni di efficacia, qualità e sicurezza.

Obiettivi specifici:

- Rispettare la fisiologia della nascita attraverso l'appropriatezza delle cure/intervento assistenziale
- Favorire l'omogeneità nel comportamento assistenziale
- Evitare la medicalizzazione non necessaria, valorizzando il diritto della donna/coppia verso una scelta consapevole nell'esperienza della nascita del proprio figlio
- Valorizzare le competenze e l'autonomia dell'ostetrica con un aumento della soddisfazione della professionista e della donna



OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD
Implementare il percorso del parto fisiologico BRO con assistenza in autonomia da parte dell'ostetrica	Numero di parti a completa gestione ostetrica/totale dei travagli classificati all'ingresso a basso rischio	10% dei parti a completa gestione ostetrica
	Numero di parti a completa gestione ostetrica/totale dei travagli classificati all'ingresso a basso rischio	Sistema informativo del Report da compilare
	Realizzazione AUDIT trimestrali per valutare l'adesione al percorso del parto fisiologico a basso rischio con partecipazione di tutto il personale coinvolto nell'assistenza	Verbale riunione da compilare
Migliorare l'integrazione con le ostetriche del territorio	Implementare i percorsi BRO	Organizzazione di almeno due riunioni interaziendali
Fornire supporto metodologico e tecnico	Disponibilità di una P.O. SITRO responsabile del percorso	
Sensibilizzare e formare il personale	Individuazione bisogni formativi per approfondire le competenze del team rispetto a tale modello su autovalutazione dei professionisti	Organizzazione eventi formativi specifici sulle tematiche individuate
Uniformare i comportamenti assistenziali	Disponibilità di Istruzioni operative, procedure e check list validate aziendali secondo le evidenze scientifiche	Realizzazione istruzioni operative Numero check list correttamente compilate per la valutazione del rischio
Standardizzare e condividere le procedure	Riunioni per condividere le procedure con tutto il personale coinvolto nel modello assistenziale	Verbale riunione da compilare
Garantire la soddisfazione dell'utente	Utilizzo di indagine conoscitiva attraverso questionario di gradimento	Analisi dei dati e condivisione del report con il personale
	Organizzazione visita guidata per illustrazione percorsi BRO e modalità assistenziali	Numero donne/partner che partecipano alla visita guidata



METODO PROGETTO-1

La selezione dei casi che possono accedere al percorso viene effettuata da parte dell'ostetrica, che rappresenta la figura di riferimento per la donna dall'inizio alla fine del percorso, intorno alla 36°-37° settimana presso l'ambulatorio delle Stanze

di Lucina situato al piano +1 blocco P dell'AO di Perugia con due possibili modalità di accesso:

1. Dall'ambulatorio dell'AO di Perugia
 2. Da Consultori o altri ambulatori pubblici o privati
- con una certificazione, di datazione non superiore a 7 giorni, che attesti che la gravidanza è fisiologica.

Al momento della valutazione l'ostetrica può comunque chiedere un eventuale consulto medico. Per accedere al percorso è obbligatoria per ogni donna tale visita con appuntamento telefonico, in occasione della quale viene effettuata la valutazione del rischio utilizzando il **Modulo di valutazione del rischio** aziendale progettato (Modulo di valutazione criteri di ammissione al percorso **MO_AzOsp_146**) con verifica esami ed eventuale richiesta completamento degli stessi.

In tale occasione è previsto un colloquio approfondito con l'ostetrica per una conoscenza della donna e della sua motivazione e per rispondere ad eventuali domande.

Viene inoltre consegnato alla donna dall'ostetrica un modulo informativo aziendale per l'inserimento al percorso (**MO_AzOsp_147**) sulle modalità assistenziali del parto che viene firmato congiuntamente dall'ostetrica e dalla donna e una scheda informativa riassuntiva delle possibili modalità di ricovero (Scheda indicazioni per l'accesso **MO_AzOsp_148**). L'inserimento nel percorso della donna avviene in base ad una diagnosi di basso rischio ostetrico.

Al momento del ricovero, previsto solo in caso di diagnosi di travaglio attivo, verrà fatta dall'ostetrica la verifica della persistenza delle condizioni di inclusione (Modulo di valutazione dei criteri di inclusione al ricovero **MO_AzOsp_149**) ed eseguito un CTG di 30 minuti per valutare le contrazioni ed il BCF e la donna dovrà firmare un Modulo di consenso (**MO_AzOsp_150**) ed un'Autocertificazione (**MO_AzOsp_151**) nella quale la donna dichiara che non ci sono stati cambiamenti del suo stato di salute dalla prima visita (rapporto di fiducia).

Per l'accettazione della paziente nel sistema ADT l'ostetrica utilizza la modalità di accesso "Stanze di Lucina centro di costo 050899".

Qualora, dopo i controlli, la gestante non risulti in travaglio attivo può essere accolta nelle stanze di Lucina, se disponibili, con modalità di **Osservazione Ostetrica** (O.O.) (max 24 ore).

In tale periodo si esegue:

1. CTG richiedendo consulto medico in caso di anomalie
2. Visita vaginale
3. Valutazione attività contrattile
4. Valutazione eventuale perdita ematica e/o PROM
5. Rilevazione FC e PA
6. Compilazione da parte dell'Ostetrica della

Scheda di Osservazione Ostetrica del periodo prodromico (**Mo_AzOsp_153**)

Trascorse le 24 ore di osservazione breve:

1. Se persiste l'attività contrattile, ma non è ancora nella fase di travaglio attivo, la donna esce dal percorso e si invia al medico di accettazione per valutare un eventuale ricovero ordinario.
2. Se vi è cessazione di attività contrattile con diagnosi di falso travaglio, si rinvia la donna a domicilio.

In caso di rottura delle membrane entro le 24 ore ed in travaglio attivo la donna può accedere al percorso.

In caso di rottura delle membrane non in travaglio attivo, se necessari antibioticoterapia e controlli ematologici, il ricovero seguirà il percorso ordinario con esclusione dal percorso nascita "Le stanze di Lucina".

In caso di insorgenza di contrazioni e di dubbio sull'insorgenza del travaglio, ogni donna può comunque contattare l'ostetrica di turno in Sala Parto o in Degenza specificando di essere una partoriente del percorso "Le stanze di Lucina" per un triage telefonico e l'ostetrica deciderà con la donna un eventuale accesso per la valutazione. L'ostetrica gestisce in autonomia il periodo del travaglio e del parto avvertendo comunque il ginecologo ed il neonatologo di guardia della presenza di una donna in travaglio nelle stanze di Lucina, cosicché possano tenersi immediatamente disponibili nel caso in cui ritenesse necessario un trasferimento della donna nel Blocco Parto per un'assistenza integrata medico/ostetrica con responsabilità condivisa per l'insorgenza di uno o più fattori di rischio.

Viene, durante il travaglio, offerta un'assistenza nel rispetto delle evidenze scientifiche in materia, in grado di facilitare un parto naturale attraverso:

- Attivazione della donna protagonista della sua esperienza (al centro)
- Sostegno personalizzato ed informativo
- Libertà di movimento
- Rispetto dei tempi di ogni donna
- Protezione dell'ambiente
- Personalizzazione dell'assistenza ogni donna con la sua unicità favorita la partecipazione del padre in tutto il percorso ed attribuito un valore importante all'accoglienza del neonato ed al rispetto delle sue prime sensazioni sensoriali e del primo incontro con la mamma (skin to skin attaccamento precoce al seno e taglio del cordone ritardato).

.....

In particolare gli obiettivi e gli interventi assistenziali dell'ostetrica riguardano l'osservazione continua della donna, il soddisfacimento dei suoi bisogni, il sostegno della donna attraverso una relazione terapeutica, il controllo del dolore, il raggiungimento del comfort attraverso l'adozione della posizione più comoda per la partoriente e la sorveglianza clinica dell'evoluzione del travaglio e del benessere materno-fetale nel rispetto delle evidenze scientifiche presenti in materia.

Come strumento di registrazione e valutazione dell'andamento del travaglio viene utilizzato il Partogramma e per la sua compilazione è disponibile un'istruzione operativa aziendale (**IO_AzOsp_18** ISTRUZIONE OPERATIVA PER L'ACCOGLIENZA E LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DELLA GESTANTE COMPILAZIONE DEL PARTOGRAMMA).

Il parto è un "incontro" tra l'Ostetrica e la donna, una relazione bidirezionale tra loro che implica uno scambio empatico. Nella pratica ostetrica il sostegno si concretizza nella relazione terapeutica basata su disponibilità, rispetto e fiducia reciproca, ascolto, sostegno.

Oltre alla presenza fisica sono importanti il tatto, il contatto, il fornire informazioni e spiegazioni rispetto a ciò che sta accadendo e la protezione dell'ambiente da interferenze che disturbano. Il sostegno si esplica anche con il supporto fisico inteso come esecuzione di massaggi e invito al movimento e all'assunzione di posizioni antalgiche verticali o laterali.

Importanza particolare riveste la preparazione dell'ambiente che deve permettere la maggior libertà di posizioni ed espressione, nonché il rispetto dell'intimità della donna e della coppia.

Come negli standard di qualità raccomandati dal NICE per le donne in travaglio attivo è prevista un'assistenza one-to-one (una ostetrica per ogni partoriente) preventivamente identificata all'interno della turnazione o con pronta disponibilità dedicata e supporto da parte di un'ostetrica assegnata. Rimane a discrezione dell'ostetrica la decisione della permanenza della donna nel percorso nel caso in cui tali standard non possano essere mantenuti. Viene effettuata rilevazione intermittente del BCF in considerazione delle attuali evidenze per donne con gravidanza fisiologica a basso rischio in travaglio di parto.

Il neonato alla nascita viene immediatamente adagiato sull'addome materno pelle a pelle (Skin to Skin), coperto con teli caldi e asciutti ed apposito

cappellino, si procede al clampaggio in base alla pulsatilità del funicolo e all'attacco precoce al seno. Nel caso di prelievo di sangue cordonale per donazione e/o conservazione si seguiranno gli specifici protocolli. Si effettua un prelievo di sangue funicolare per valutare il Ph e si raccoglie un campione per rilevazione del gruppo sanguigno e Coombs se necessario e TORCH. Il punteggio di Apgar al 1° e al 5° minuto viene assegnato dal neonatologo/pediatra presente al momento del parto.

Nel periodo di osservazione delle prime due ore dalla nascita vengono rilevati la PA, la FC, la perdita ematica e la presenza del globo uterino ad intervalli regolari e vengono annotati nell'apposito spazio della cartella clinica con orario e firma dell'ostetrica. L'obiettivo primario del piano di assistenza, fatti salvi tutti gli elementi di sicurezza, è la protezione del "periodo sensibile" per la promozione della relazione primale.

L'attenzione deve essere, quindi, posta a ridurre al minimo indispensabile la separazione, garantire sicurezza, quiete e riservatezza, assicurare privacy alla nuova famiglia.

Il contatto pelle a pelle già avviato alla nascita e la suzione precoce sono fondamentali per favorire la montata lattea.

Il compito principale dell'ostetrica in questo momento è quello di lasciare aperto uno spazio protetto per la triade familiare che trova il proprio modo di interagire.

Nessuna interferenza diretta è opportuna.

Il mantenimento di parametri fisiologici è condizione per la permanenza nelle Stanze di Lucina.

Al neonato il bagnetto può essere procrastinato dopo le due ore del post-partum come la valutazione del peso, la profilassi oculare e antiemorragica.

Tutti i dati verranno trascritti nella Cartella Neonatologica.

Un'eventuale episiotomia o lacerazioni spontanee non complicate vengono suture dall'ostetrica (l'effettuazione dell'episiotomia è da evitare/riservare a limitati casi).

Durante il ricovero la donna rimane nella stanza dove è avvenuto il parto ed il controllo del puerperio è di responsabilità dell'ostetrica.

La gestione del neonato durante il ricovero fa capo alla responsabilità del personale della S.C. di Neonatologia – Tin, è la stessa di quella di un neonato nato nel Blocco Parto e vengono effettuati gli stessi screening.

Questo percorso assistenziale è contenuto nella procedura aziendale **Pro_AzOsp_26**. È stato, inoltre, redatto il Regolamento di attività (**Pro_Ost_Gin_01**) che definisce le responsabilità e le modalità di gestione del percorso, attribuendo all'ostetrica la responsabilità professionale del parto fisiologico, con l'integrazione delle figure mediche in momenti predefiniti: valutazione e controllo del neonato, presa in carico nel percorso intorno alla 37° sett., prescrizione degli esami di controllo nel post parto e per le attività di competenza specifica qualora necessarie.

È stato anche strutturato un percorso specifico di integrazione con i Servizi Consultoriali della ASL Umbria 1: durante i Corsi di Preparazione alla Nascita (territoriali e aziendali) un incontro è dedicato al percorso nascita "Le Stanze di Lucina" e le donne possono accedere con visita guidata alla struttura per vedere il luogo e conoscere le modalità assistenziali.

METODO PROGETTO-2

Il percorso delineato prevede all'accesso della donna partoriente presso le SS.CC. di Ostetricia e Ginecologia:

- Accoglienza presso l'accettazione ostetrico-ginecologica situata in un ambulatorio adiacente la degenza
- Procedure amministrative dell'ammissione
- Raccolta anamnesi, controllo degli esami effettuati durante la gravidanza ed effettuazione dell'esame clinico ed eventuale ecografia e cardiocotografia (CTG) di almeno 30 minuti
- Valutazione del rischio. Questa fase è essenziale per indirizzare la donna al percorso più appropriato

La valutazione del rischio viene effettuata dal medico di guardia di accettazione utilizzando il **Modulo di valutazione del rischio** aziendale progettato (**MO_AzOsp_144** VALUTAZIONE del rischio gestante al ricovero) e riportata nell'apposito spazio della pagina frontale del modello di Partogramma aziendale. (**MO_AzOsp_145** PARTOGRAMMA)

L'identificazione del profilo di rischio viene condivisa dall'équipe assistenziale e comunicata alla donna che deve essere informata sul percorso assistenziale identificato e sul fatto che la valutazione del rischio in travaglio sarà continua e dinamica e potrà in ogni momento modificare il livello di cure erogate.

La presa in carico della partoriente da parte dell'ostetrica avviene in base ad una diagnosi di basso rischio ostetrico.

È responsabilità dell'ostetrica la gestione del parto eutocico, ivi compreso il rapido riconoscimento di segni e sintomi che rappresentano un fattore di rischio per l'evoluzione fisiologica del travaglio-parto.

L'ostetrica gestisce in autonomia il periodo del travaglio e del parto avvertendo, comunque, il medico di guardia della Sala Parto e il neonatologo cosicché possano tenersi immediatamente disponibili nel caso in cui ritenesse necessaria un'assistenza integratamedico/ostetrica con responsabilità condivisa per l'insorgenza di uno o più fattori di rischio.

In particolare gli obiettivi e gli interventi assistenziali dell'ostetrica sono riconducibili al primo progetto che ha rappresentato un momento esperienziale importante. Per la sorveglianza clinica dell'evoluzione del travaglio e del benessere materno-fetale nel rispetto delle evidenze scientifiche presenti in materia anche in questo progetto l'ostetrica si avvale come strumento di registrazione e valutazione dell'andamento del travaglio del Partogramma e per la sua compilazione dell'istruzione operativa aziendale (**IO_AzOsp_18** ISTRUZIONE OPERATIVA PER L'ACCOGLIENZA E LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DELLA GESTANTE COMPILAZIONE DEL PARTOGRAMMA).

Come negli standard di qualità raccomandati dal NICE per le donne in travaglio attivo è prevista un'assistenza one-to-one (una ostetrica per ogni partoriente) e supporto da parte di un'ostetrica assegnata. Rimane a discrezione dell'ostetrica la decisione della permanenza della donna nel percorso nel caso in cui tali standard non possano essere mantenuti. Viene effettuata la rilevazione intermittente del BCF in considerazione delle attuali evidenze per donne con gravidanza fisiologica a basso rischio in travaglio di parto.

Se desiderio della donna è possibile anche l'utilizzo della vasca per il parto in acqua e i criteri di ammissione al travaglio/parto in acqua sono sovrapponibili a quelli stabiliti per il travaglio a basso rischio. Per l'assistenza al travaglio in acqua l'ostetrica utilizzerà l'apparecchio doppler acquatico o il CTG con telemetria specifico per il parto in acqua di cui è dotato il Blocco Parto.

Il neonato alla nascita viene immediatamente adagiato sull'addome materno pelle a pelle (Skin to Skin), coperto con teli caldi e asciutti ed apposito cappellino, si procede al clampaggio in base alla

pulsatilità del funicolo e all'attacco precoce al seno. Nel caso di prelievo di sangue cordonale per donazione e/o conservazione si seguiranno gli specifici protocolli. Si effettua un prelievo di sangue funicolare per valutare il Phesi raccoglie un campione per rilevazione del gruppo sanguigno e Coombs se necessario e TORCH. Se il valore del Ph risulta < 7.20 prelevato dall'arteria ombelicale, l'ostetrica avvisa il neonatologo per una valutazione. Il punteggio di Apgar 1° e al 5° minuto viene assegnato dall'ostetrica che in seguito alla prima valutazione decide di avvalersi o meno della figura del neonatologo per le valutazioni successive raggiungibile mediante apposito citofono o pulsante rosso (in caso di emergenza) situati nell'area neonatale del Blocco Parto. Un'eventuale episiotomia o lacerazioni spontanee non complicate vengono suturate dall'Ostetrica (l'effettuazione dell'episiotomia è da evitare/riservare a limitati casi). Entro due ore dal parto, il personale infermieristico della neonatologia effettuerà gli screening previsti. Entro 12 ore il Pediatra controllerà il neonato.

Nel periodo di osservazione delle prime due ore dalla nascita vengono rilevati la PA, la FC, la perdita ematica e la presenza del globo uterino ad intervalli regolari e vengono annotati nell'apposito spazio della cartella clinica con orario e firma dell'ostetrica. Nel post-partum l'obiettivo primario del piano di assistenza, fatti salvi tutti gli elementi di sicurezza, è la protezione del "periodo sensibile" per la promozione della relazione primale. L'attenzione deve essere, quindi, posta a ridurre al minimo indispensabile la separazione, garantire sicurezza quiete e riservatezza, assicurare privacy alla nuova famiglia. Il contatto pelle a pelle già avviato alla nascita e l'allattamento precoce sono fondamentali per favorire la montata latte.

Il compito principale dell'ostetrica in questo momento è quello di lasciare aperto uno spazio protetto per la triade familiare che trova il proprio modo di interagire. Nessuna interferenza diretta è opportuna. Al neonato il bagnetto viene possibilmente procrastinato dopo le due ore del postpartum come la valutazione del peso e parametri antropometrici.



RISULTATI PROGETTO-1

Dal 24 settembre 2014 sono stati assistiti **55 parti** BRO a completa gestione ostetrica.

RISULTATI PROGETTO-2

Dal 1 febbraio sono stati assistiti **216 parti** BRO a completa gestione ostetrica su 279 travagli valutati BRO all'accettazione ostetrica.



CONCLUSIONI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha individuato, tra gli obiettivi primari a livello mondiale in campo sanitario, il raggiungimento del benessere materno e infantile garantendo, durante il travaglio fisiologico, lo stato di salute di madre e figlio utilizzando il minor numero di risorse possibile, compatibilmente con la sicurezza e nel rispetto delle evidenze scientifiche presenti in materia. Il fine di una appropriata assistenza perinatale è infatti quello di assicurare una buona salute della mamma e del bambino con il minor carico di cura compatibile con la sicurezza e ogni atto assistenziale, soprattutto in campo ostetrico, trattandosi di eventi fisiologici, deve avere una indicazione precisa e chiara.

I percorsi definiti rappresentano una proposta di cambiamento che investe su una nuova cultura della nascita, sulla professionalità dell'ostetrica e sulla relazione tra l'ostetrica e la donna. La definizione delle caratteristiche della gravidanza (a basso rischio, ad alto rischio) permette di collocare la tipologia di assistenza all'interno dei servizi appropriati ed è un utile strumento di comunicazione tra gli operatori. Fondamentale però rimane la ferma consapevolezza che il concetto di rischio è di tipo dinamico. L'ostetrica si conferma come la figura professionale più esperta ed adeguata per seguire la gravidanza fisiologica in tutte le sue fasi, in autonomia, capace di rivalutare costantemente il sopraggiungere di fattori di rischio e di condizioni patologiche, nonché di far fronte alle principali emergenze ostetriche (OMS 1996). Data la sua rilevanza, il percorso BRO costituisce un obiettivo di budget dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Un indicatore di misurazione dell'implementazione del percorso a basso rischio è il numero di parti a completa gestione ostetrica che deve equivalere al 10% di tutti i travagli classificati a basso rischio all'accettazione.

Il secondo indicatore di misurazione è stato la realizzazione di audit trimestrali per valutare l'adesione al percorso del parto fisiologico a basso rischio il cui resoconto deve essere inviato all'Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo, al fine di assicurare una corretta organizzazione dei percorsi BRO adottati, come indicato dalle linee di indirizzo ministeriali, che hanno coinvolto il personale che opera nell'ambito di questi modelli organizzativi.

Si è già svolto un primo audit in data 4 luglio 2018 che si è soffermato sulla corretta compilazione del modulo di valutazione del rischio della gestante al momento del ricovero momento fondamentale per

PUNTI DI FORZA	OPPORTUNITÀ
Osservanza delle indicazioni ministeriali "Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico BRO" del 31/10/2017; Diffusione e/o ampliamento della cultura del parto fisiologico; Aumento dei parti fisiologici; Maggiore attenzione da parte dei professionisti coinvolti in tal senso al rispetto della fisiologia dell'evento; Aumento della uptake delle gestanti/coppie; Aumento della satisfaction dell'utenza; Realizzazione di "spazi" logistici e assistenziali ad esclusiva gestione ostetrica; Valorizzazione della figura dell'ostetrica; Assistenza one to one durante il travaglio parto; Aumento della motivazione dell'ostetrica ad intraprendere corsi di aggiornamento professionale; Miglioramento delle performance del personale sanitario; Maggiore soddisfazione delle ostetriche; Maggiore soddisfazione di tutto il personale del Punto Nascita; Orientamento della Vision dell'équipe al parto fisiologico; Ottimizzazione delle risorse economiche, umane e tecnologiche; Percezione da parte delle ostetriche di autonomia e responsabilità; Percezione da parte delle ostetriche di essere parte di un'équipe con obiettivi e percorsi condivisi; Condivisione del percorso da parte di medici e ostetriche; Ostetriche e medici sono d'accordo sulla duplice bontà del BRO, per i professionisti e per le utenti.	L'implementazione del percorso BRO getta le basi per la realizzazione di altri percorsi: percorso puerperio fisiologico, percorso allattamento, percorso per la salute della statica pelvica e la salute perineale; Valorizzare l'ostetrica; Riconoscere l'autonomia e la responsabilità dell'ostetrica; Diminuire la medicalizzazione del parto a favore di un ritorno all'emozionalità del parto; Educazione sanitaria della donna; Aumento della fiducia delle donne nell'ostetrica; Aumento della fiducia nel Punto Nascita da parte delle utenti; Riduzione del numero dei tagli cesarei; Formazione ed aggiornamento del personale ostetrico-ginecologico; Aumento della visibilità del Punto Nascita; Aumento della visibilità aziendale.
PUNTI DI DEBOLEZZA	RISCHI
Mancanza di un percorso BRO per la gravidanza; Presenza di criteri di esclusione stringenti non modificabili come ad esempio il BMI>30, l'altezza materna o l'età materna; Presenza di un alto numero di donne con pregressi tagli cesarei che non permettono l'inclusione della donna nel percorso a basso rischio ostetrico; Fabbisogno di aggiornamento professionale delle ostetriche in servizio in particolar modo relativamente a: sutura di lacerazioni vagino-perinale, gestione del dolore, gestione dell'attività contrattile in caso di travaglio prolungato.	Paura della donna ad affrontare il parto senza la possibilità di poter ricorrere alla analgesia peridurale; Avversione delle donne ad affrontare il travaglio/parto senza il ginecologo; Presenza del medico e medicalizzazione dell'evento sono considerati rassicuranti; Resistenza della logica medica al cambiamento; Sfiducia dei medici nella conduzione esclusiva da parte delle ostetriche.

indirizzare la donna al percorso appropriato. In tale sede si è decisa la correzione e il miglioramento del modulo di valutazione del rischio della gestante al momento del ricovero che spesso non era compilato o era incompleto della firma del medico o di quella della paziente.

Al prossimo audit fissato per il 12 dicembre 2018 si effettuerà una rivalutazione dell'implementazione della nuova scheda analizzando se le modifiche apportate hanno comportato un miglioramento della procedura e una maggiore adesione delle ostetriche e dell'intera équipe assistenziale al percorso BRO attraverso l'esame di tutte le cartelle mediche a partire dal 10 luglio (data di inizio dell'adozione del nuovo modulo di valutazione del BRO). Prendendo visione dei dati raccolti, tutto il personale potrà accorgersi dei numeri e quindi dei risultati e dell'andamento in positivo del percorso a basso rischio ostetrico. La presa coscienza dell'elevato numero di gravidanze portate a termine a completa gestione ostetrica potrà far aumentare la **satisfaction** delle ostetriche e potrà incrementare la fiducia e l'adesione dei medici al nuovo modello assistenziale. Dall'analisi delle cartelle cliniche, è emersa una maggioranza dei casi di corretta compilazione (55,8%). Rimane però frequente la mancanza della firma del medico che compila la scheda di valutazione (25%), errore spesso riscontrato durante il precedente audit. Sono stati rilevati solo 3 moduli non compilati in generale e 2 quelli parzialmente completi: ciò rappresenta un ottimo risultato in quanto si deduce che la scheda di valutazione, e quindi la sua corretta compilazione, è percepita da tutto il personale come uno strumento fondamentale per la differenziazione del rischio e quindi per la decisione del percorso più appropriato da intraprendere.

Dal precedente audit svoltosi a luglio che ha portato alla formulazione di un nuovo modulo di valutazione del rischio esortando tutto il personale ad una più attenta e precisa compilazione, vi è stato un netto aumento dei parti a conduzione ostetrica nel blocco parto da 32 del primo audit a 201 al 27 novembre che indica una più corretta valutazione delle donne. Inoltre, dall'analisi dei dati, il primo indicatore di performance risulta già soddisfatto in quanto è stato registrato il pieno conseguimento del 10% di parti a completa gestione ostetrica. Si sta attuando in questi giorni una revisione della modulistica relativa al percorso delle Stanze di Lucina a tre anni dall'adozione sulla base dell'esperienza per una più completa valutazione della donna durante la visita ambulatoriale. Sulla base dell'esperienza del percorso BRO nel

Blocco Parto si sta riorganizzando il percorso delle Stanze di Lucina per quanto riguarda l'assistenza al neonato alla nascita. Il punteggio di Apgar al 1° e al 5° minuto verrà assegnato dall'ostetrica che in seguito alla prima valutazione deciderà di avvalersi o meno della figura del neonatologo per le valutazioni successive raggiungibile mediante apposito citofono o pulsante rosso (in caso di emergenza) di cui sono già state dotate le due stanze.

Entrambi i progetti sono stati sostenuti dall'Azienda anche attraverso progetti formativi di retraining e/o approfondimento di alcune competenze ostetriche rispetto a tali modelli assistenziali su autovalutazione del team ostetrico. Sono stati anche promossi e strutturati percorsi di integrazione con le ostetriche del territorio finalizzati all'implementazione dei percorsi, base importante per predisporre in futuro uno specifico percorso assistenziale territorio-ospedale per l'individuazione di un'appropriata e completa presa in carico della gravidanza da parte dell'ostetrica dal territorio come delineato nelle linee di indirizzo ministeriali.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Ostetriche, Ginecologi, Neonatologi



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il primo progetto è stato un percorso non privo di difficoltà sia per il personale ostetrico per il timore di affrontare

un nuovo modello assistenziale che comportava un cambiamento che le investiva di maggiore responsabilità ed autonomia e carico assistenziale, sia per parte del personale medico che non ha condiviso pienamente il percorso. È stato necessario un anno per arrivare ad una definizione e realizzazione del percorso (obiettivo di Budget aziendale 2014) con inaugurazione il 24 settembre 2014.

Alla luce dell'esperienza e di criteri di valutazione del rischio già delineati è stato proposto e attuato in tempi brevi il secondo progetto da maggio 2017 in cui sono state realizzate 2 riunioni congiunte con i coordinatori ed il personale ostetrico afferenti all'Area dipartimentale coordinata finalizzate a definire il modello organizzativo per l'istituzione del secondo percorso differenziato per il parto a basso rischio a gestione ostetrica all'interno del Blocco Parto per poi passare all'operatività del gruppo di lavoro da ottobre 2017 e la prima emissione dell'istruzione operativa a dicembre 2017 e inaugurazione il 30 gennaio 2018.



DIPARTIMENTO ONCO EMATOLOGICO

Introduzione del modello “Primary Nursing” come progetto pilota in un grande day hospital onco-ematologico di nuova costituzione

Dott.ssa Cinzia Deleo Responsabile Area Dipartimento onco - ematologico

Dott. Cavaliere Bruno - Dirigente Direzione Aziendale Professioni Sanitarie

Coordinatore Infermieristico:
Dott. A. Cuboni

IRCCS Policlinico Ospedale San Martino, Genova



ABSTRACT

Lo studio e lo sviluppo del modello organizzativo del primary nursing ha inizio negli anni 60/70 negli Stati Uniti dall'intuizione e volontà di un infermiera:

Marie Manthey (1969).

Il pensiero di Manthey origina dalla convinzione che un modello di erogazione assistenziale consiste in un servizio alla persona orientato a soddisfare i bisogni degli utenti al di là dei consueti interventi terapeutici e di sostegno.

Per raggiungere questo obiettivo è necessario offrire ai professionisti un ambiente di lavoro che permetta di erogare prestazioni professionali in autonomia e responsabilità (Manthey 2002). Nel Policlinico San Martino di Genova è in atto un

profondo cambiamento sostenuto da attività di ingegneria gestionale. In particolare queste attività sono state utili a ridisegnare un unico grande day hospital onco - ematologico in grado di ospitare 140-150 pazienti al giorno (complessivamente nel 2017 il numero dei ricoveri in day hospital è stato di 4665 utenti). In tutte le Aziende Sanitarie che hanno adottato un approccio metodologico ispirato alla filosofia “Lean Thinking” (Azienda sanitaria n.10 di Firenze, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese e l'Ospedale Galliera di Genova) ci sono stati risultati in termini di ottimizzazione delle variabili produttive (sale operatorie ed altri assett come ad esempio l'occupazione e la gestione dei posti letto, etc.), la regolazione degli accessi per ottimizzare le code, il redesign dei flussi e delle linee di cura, l'informatizzazione del sistema come abilitatore dei percorsi lean.

Il lean è diventato una soluzione alla criticità ormai cronica dei nostri ospedali che devono gestire una domanda ormai crescente di servizi a fronte di risorse scarse (destinate sostanzialmente a diventare stabili). Il pensiero lean invita all'accettazione da parte di tutti gli attori del SSN del fatto che esiste sempre un margine di miglioramento e che il sistema richiede una costante evoluzione *per stabilizzare i modelli sui bisogni dei pazienti*, attraverso uno sforzo collettivo di tutto il personale¹. La modificazione del modello assistenziale.

¹ **Luigi Marroni**, nuova organizzazione in ASL: intensità di cure, processi, lean, Bologna 2012.

infermieristico indicata dalla Legge 251 del 2001 orienta l'agire professionale verso modelli personalizzati che offrano ai professionisti la possibilità di decidere in autonomia e responsabilità ponendo al centro la relazione con l'utente e i suoi bisogni. In un contesto attento alle esigenze di sostenibilità economica e alla valorizzazione del percorso del paziente (in un'ottica lean management) è fondamentale la ridefinizione di una nuova assegnazione del potere da una struttura impersonale, anonima, autoritaria e burocratica all'infermiere che è responsabile dell'assistenza di una persona.

Assegnando in modo stabile e duraturo nel tempo un certo numero di pazienti ad un singolo infermiere in funzione della sua competenza e della complessità assistenziale, si garantisce centralità dell'utente, superamento della frammentazione assistenziale, sicurezza delle cure, continuità e riferimenti certi per il paziente, famiglia e/o il care giver, ed infine si favorisce la riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso migliorando il self care.

L'introduzione del primary nursing *“si può definire come un approccio logico al prendersi cura delle persone ammalate nel modo in cui vorremmo essere curati noi se fossimo ammalati”* (Manthey 2002);

Il primary nursing:

- Si fonda sulla relazione tra infermiere e persona assistita che diventa la modalità più adatta per scoprire e comprendere le persone che vengono curate e per rendere significative le informazioni che esse veicolano.
- *“Sostiene gli infermieri, riconosce e conferisce loro maggiore autonomia, autorità e potere decisionale attraverso l'implementazione di interventi assistenziali efficaci e personalizzati dal punto di vista umano e professionale”* (Werner, 2008).
- *“Restituisce agli infermieri ciò che compete loro e permette di coinvolgere il paziente negli atti decisionali del percorso di cura, posizionandolo realmente al centro delle cure”* (Gabrielson, 2008).



OBIETTIVI

Implementare un modello organizzativo per l'erogazione dell'assistenza infermieristica che preveda il riconoscimento e il conferimento di maggior autonomia e responsabilità decisionale all'infermiere, attraverso la presa in carico totale

del paziente dall'ammissione alla dimissione e la valutazione di esiti sensibili all'assistenza infermieristica.

Obiettivi:

- Attribuzione e accettazione da parte di ciascun infermiere della responsabilità personale nel prendere decisioni
- Assegnazione dell'assistenza quotidiana secondo il metodo dei casi
- Comunicazione diretta da persona a persona (da infermiera primaria al paziente, da infermiera primaria agli infermieri associati, da infermiera primaria al medico e con tutti gli altri membri del team curante)
- Ogni paziente ha un infermiere operativamente responsabile per la qualità dell'assistenza erogata per tutto il periodo del ricovero (dall'accettazione alla dimissione)
- Utilizzo adeguato della pianificazione assistenziale al fine di valutare esiti assistenziali pertinenti
- Creazione di un call center di riferimento per pazienti/familiari e care giver.





METODO

L'introduzione del primary nursing si inserisce in un più ampio progetto di riorganizzazione aziendale che interessa i day hospital onco-ematologici.

Brevemente si descrivono le fasi delle diverse progettualità che hanno portato all'avvio del "Primary Nursing".

1. La Direzione Aziendale nel **marzo del 2018** ha avviato un progetto di unificazione dei day hospital oncologi ed ematologici che si realizzerà nel **novembre del 2018** (data coincidente con la fine dei lavori del nuovo edificio ospitante il nuovo day hospital).
2. Si è costituito un gruppo multi professionale (composto da medici, infermieri e farmacisti) sostenuto da un ingegnere gestionale e da professionisti aderenti all'associazione A.M.A.S. (Accademia per il management sanitario).
3. Dopo un attenta analisi dell'esistente e una riprogettazione puntuale dei percorsi dei pazienti che accedono in day hospital "in chiave lean" si sono costituiti 4 gruppi di lavoro multi professionali aventi per oggetto: la pianificazione terapeutica, l'organizzazione medica, l'organizzazione infermieristica e la progettazione della segnaletica.
4. Il gruppo avente per oggetto "l'organizzazione infermieristica" si è occupato di rivedere la letteratura individuando il "primary nurse" come modello da introdurre.
5. Un gruppo di infermieri, il Coordinatore e il Responsabile Infermieristico di Area Dipartimentale hanno visitato il Day Hospital dell'IEO e dell'Azienda Ospedaliera di Biella.
6. Il gruppo ha condiviso le sue riflessioni con la direzione aziendale delle professioni sanitarie, gli infermieri dei day hospital e il gruppo medico, in più incontri dedicati.
7. Si è arrivati ad un accordo tra Direzione delle Professioni Sanitarie e infermieri per l'implementazione del Primary Nursing in cui si definiscono i bisogni formativi, si programmano gli interventi formativi e si risolvono i problemi che possono ostacolare l'avvio del progetto.
8. Stesura documento applicativo.
9. Ipotesi progettuale presentata alla Direzione Generale nel corso di una riunione che coinvolge infermieri, Responsabili Medici e Responsabile Medico del Dipartimento Onco Ematologico.
10. Prima di avviare il modello viene somministrato un questionario sulla soddisfazione percepita da utenti e operatori.
11. **START febbraio 2019**: l'introduzione del nuovo modello avviene a distanza di tre mesi dall'avvio del progetto di unificazione dei day hospital

onco-ematologico.

12. **Valutazione**: avviene a distanza di tre - sei mesi - un anno dall'introduzione del nuovo modello con somministrazione del questionario sulla soddisfazione percepita da utenti e operatori.



RISULTATI

Appropriatezza della presa in carico clinico e assistenziale:

- Miglioramento modalità di comunicazione tra operatori
- Miglioramento del processo decisionale infermieristico
- Miglioramento capacità di gestire i colloqui con pazienti e parenti
- Chiara attribuzione delle responsabilità (Infermiere di riferimento)
- Visibilità del ruolo
- Miglioramento della qualità dell'assistenza
- Miglioramento soddisfazione utenti e operatori
- Percorsi formativi rivolti all'acquisizione di competenze in merito agli elementi centrali del primary (relazione e colloquio motivazionale con l'utente)

Indicatori da monitorare

- Numero briefing giornalieri e/o settimanali documentati
- Utilizzo adeguato del processo di pianificazione infermieristica con setting assistenziali specifici in cartella elettronica
- Numero di incontri e colloqui documentati tra primary e paziente (e famiglia o care giver)
- Livello di soddisfazione percepito dai pazienti (questionario pre e post)
- Livello di soddisfazione percepito dagli infermieri e dagli altri membri del team (questionario pre e post)
- Numero di esiti sensibili alle cure infermieristiche effettivamente monitorati dagli infermieri primary
- Numero di interventi formativi e numero di infermieri che vi hanno partecipato.



CONCLUSIONI

L'introduzione del primary nursing porta con sé un grande cambiamento culturale oltre che organizzativo. È importante presidiare alcuni elementi attraverso momenti di condivisione formale e interventi formativi specifici inerenti:

- La responsabilità infermieristica nella presa in carico del paziente per tutta la durata del ricovero. Gli infermieri sono abituati a responsabilizzarsi per linea di attività, nel primary viene chiesto loro di responsabilizzarsi per l'intero processo e questo comporta pensiero

- critico e capacità di prendere decisioni.
 - La relazione tra infermiere e persona assistita.
- A questo proposito è necessario definire:
- Le fasce orarie di funzionamento del call center “Pronto Primary” che aiuta il paziente a comunicare con gli infermieri di riferimento (in particolare quando l’assistenza viene erogata da associati, su delega dell’infermiere primario, e quando

PUNTI DI FORZA

Questa nuova modalità organizzativa:

Sostiene gli infermieri, riconosce e conferisce loro maggiore autonomia, autorità e potere decisionale.

Permette la valutazione di esiti assistenziali correlati all’assistenza infermieristica;

Favorisce in chi esercita ruoli di coordinamento la specializzazione nella conduzione di briefing e nella valorizzazione del personale coinvolto oltre che nella “tradizionale” gestione dei modelli di servizio (turnistica).

Favorisce la centralità dell’utente.

CRITICITÀ

Definire la modalità di assegnazione dei pazienti in assenza di uno strumento di misurazione della complessità assistenziale.

Vi è la necessità di standardizzare i percorsi assistenziali presenti in cartella elettronica individuando setting specifici per il paziente ricoverato in day hospital onco - ematologico e l’attribuzione di un sistema di pesatura degli interventi infermieristici da ricondursi alla valutazione della complessità assistenziale.

Difficoltà ad effettuare colloqui strutturati e briefing quotidiani.

Non tutti gli infermieri sono pronti a responsabilizzarsi per l’intero processo assistenziale.

i pazienti sono a casa ed hanno bisogno di informazioni)

- La modalità, il tempo e il luogo dedicati al colloquio tra primary e il paziente.
- La comunicazione quotidiana (briefing) tra operatori. Il “briefing” richiede coordinamento e attenzione mirata, oltre ad una misurazione dei tempi medi previsti, al fine di evitare che gli operatori nel lungo periodo decidano di non utilizzarlo perché non abituati o perché non lo riconoscano come “tempo lavoro”.

Il Coordinatore Infermieristico ha un ruolo determinante nella conduzione dei briefing e nel promuovere lo sviluppo professionale degli infermieri primary orientato in modo specifico all’acquisizione di competenze nella gestione del colloquio con utenti e familiari. La formazione in “counselling motivazionale” potrebbe costituire un requisito per poter ricoprire il ruolo di infermiere primary.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri area onco-ematologica



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

1 anno (*da novembre 2018 a novembre 2019*)

Bibliografia

The Impact of the Primary Nursing Model on Cultural Improvement: A Mixed-Method Study. Rachele Ferrua, RN, MSN John W. Nelson, PhD, MS, RN Claudia Gatta, MSN, RN Antonella Croso, MSN, RN Chiara Boggio Gilot, MSN, RN Alberto Dal Molin, PhD, MSN, RN Creative Nursing, Volume 22, Issue 4, 2016.

Models of care choices in today's nursing workplace: where does team nursing sit? Greg Fairbrother I, RN, BA, MPH, PhD, Postdoctoral Research Fellow Mary Chiarella RN, RM, PhD, LLB(Hons) DipNEd (Dist), FACN, Professor of Nursing Jeffrey Braithwaite BA, DipLR, MIR, MBA, PhD, FAIM, FACHSM, FFPHRCP (UK), Professor and Director. Australian Health Review, 2015, 39, 489-493.

Manthey M. “La pratica del primary nursing. L'erogazione dell'assistenza basata sulle relazioni e guidata dalle risorse”, capitolo 4, pag 64 - 144, Pensiero Scientifico Editore, Roma, maggio 2008.

TUTTE LE UU.OO. DELL'OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

L'impiego dei “setting assistenziali” come strumento finalizzato a garantire “outcome” di “Best practice” delle cure infermieristiche

Dott.ssa Derna Pierantoni – P.O. “Gestione qualità dell’assistenza analisi dei bisogni formativi” - U.O. Direzione Professioni Sanitarie

Dott. Andrea Cuboni – Coordinatore Infermieristico - U.O. Day Hospital

Dott.ssa Massone Marcella – Coordinatore Infermieristico - U.O. Clin. di Medicina Interna 1

Dott.ssa Schenone Daniela – Coordinatore Infermieristico - Sala Operatoria

Dott. Cavaliere Bruno - Dirigente Direzione Aziendale Professioni Sanitarie

IRCCS Policlinico Ospedale San Martino, Genova



ABSTRACT

Il Piano di Assistenza Infermieristica è il mezzo che permette all’infermiere di progettare e realizzare la personalizzazione dell’assistenza;

consente di identificare le azioni infermieristiche correlate ai bisogni dell’assistito, in quel determinato ambiente, in quel determinato momento, favorendone la partecipazione e promuovendone l’autonomia. Rende, inoltre, visibile agli assistiti e ai familiari che cosa fanno gli infermieri, promuove la collaborazione tra il team di lavoro e riduce il rischio di errore.

La responsabilità dell’infermiere nell’assistenza generale infermieristica è sancita dal Profilo Professionale dell’infermiere (D.M. n°739/1994). Gli art. 3 e 4 recitano, infatti:

3. L’infermiere:

- a) partecipa all’identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi
- c) pianifica, gestisce e valuta l’intervento assistenziale infermieristico
- d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche
- e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali
- f) per l’espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell’opera del personale di supporto
- g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell’assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.

4. L’infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all’aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

L’infermiere professionista, oltre ad essere autonomo, conosce il processo di lavoro, stabilisce i risultati potenziali e risponde dei risultati raggiunti, almeno per quanto concerne il suo ambito di intervento. Ma poiché i risultati sono il frutto dell’efficiente “lavoro di squadra”, l’infermiere nello svolgimento della comune pratica infermieristica spesso dimentica che la centralità di tutte le sue azioni/intenzioni devono essere dirette al paziente e condivise dall’intero team di lavoro.

Con l’avvento dell’informatizzazione della cartella clinica, questo progetto vuole pertanto uniformare gli interventi assistenziali attraverso una pratica standard documentata ed un linguaggio comune,

per migliorare la comunicazione tra i membri dell'équipe multiprofessionale in ambito clinico e, di conseguenza, per migliorare l'assistenza offerta.



OBIETTIVI

- Progettare “setting assistenziali” per garantire le “best practice”, ovvero insieme d'interventi finalizzati a perseguire gli “outcomes” necessari agli assistiti, attraverso una pianificazione attuata anche su più giorni e la presa in carico capace di risolvere i loro problemi di salute.
- Rendere sicuri gli interventi assistenziali sia per gli assistiti che per i professionisti, attraverso un sistema di erogazione delle cure appropriato ed efficiente, basato sulle priorità di intervento.
- Tracciare e misurare la classe di gravità di ogni assistito mediante l'approccio della metodologia ICA (Indici di Complessità Assistenziale), attraverso il “peso intervento”.
- Migliorare la comunicazione dell'intero team multiprofessionale, per la presenza d'informazioni molto analitiche relative alle diverse attività assistenziali specifiche per ogni assistito.



METODO

Strategia di elaborazione di “setting assistenziali” secondo il modello bottom up, con il coinvolgimento di tutti i professionisti dei diversi dipartimenti assistenziali e appartenenti alle diverse professioni sanitarie.

Strumento utilizzato: classificazione standardizzata degli interventi infermieristici, ovvero elaborazione di un dizionario delle attività condiviso, strumento utile per arrivare alla definizione di “setting assistenziali” realizzabili e rispettosi delle buone pratiche.

Ogni intervento ha un “peso intervento”, così come determinato dalla metodologia ICA (Indici di Complessità Assistenziale), e un “livello di priorità d'intervento”, che definisce l'urgenza nell'esecuzione delle attività.

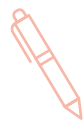


RISULTATI

Elaborazione di “setting assistenziali” condivisi, utilizzabili da tutte le UU.OO., a garanzia dell'appropriatezza e della qualità delle cure assistenziali inserite nei percorsi di cura, attraverso i quali il professionista documenta, con una completa tracciabilità, “la presa in carico”, le altre attività svolte e gli outcomes realizzati.

La standardizzazione dei processi assistenziali da parte di tutte le UU.OO. del nostro ospedale è un passaggio epocale, non solo per i professionisti del nostro ospedale, ma anche per la stessa

organizzazione, perché con essa sarà possibile misurare la complessità assistenziale di ogni singolo utente attraverso la metodologia ICA, consentendo la definizione delle “classi di gravità” per ogni assistito e per tutte le professioni.



CONCLUSIONI

Con l'introduzione della cartella clinica elettronica, quale progetto di evoluzione del sistema informativo aziendale, la Direzione delle Professioni Sanitarie ha colto l'opportunità di elaborare “setting assistenziali” condivisi e rispettosi delle “best practice”, per garantire la qualità delle cure erogate in maniera appropriata ed efficace e misurare i risultati conseguiti. La misurazione degli outcomes rappresenta, infatti, uno degli aspetti di maggior rilievo della governance della Direzione delle Professioni Sanitarie.

PUNTI DI FORZA

Costituzione di gruppi di lavoro multiprofessionali motivati, per la elaborazione dei setting assistenziali.

Condivisione dei “setting assistenziali” con tutte le figure professionali appartenenti alle diverse professioni sanitarie.

Approccio metodologico fondato sulla presa in carico dell'assistito e finalizzato a garantire gli “outcomes” assistenziali.

Uniformità degli interventi assistenziali legati alla centralità dell'assistito nel processo di cura, con una pratica standard documentata ed un linguaggio comune.

CRITICITÀ

Basi culturali diverse delle varie figure professionali appartenenti alle professioni sanitarie, per i diversi percorsi formativi.

Difficoltà nell'implementazione dei “setting assistenziali” per problemi derivanti da approcci metodologici differenti.

Resistenza al cambiamento.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Tutte le figure professionali appartenenti alle diverse professioni sanitarie.



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto ha previsto un quadrimestre come tempo di realizzazione per la prima elaborazione dei setting assistenziali, “studio pilota”.

GOVERNANCE DELLA PERFORMANCE
INFERMIERISTICA: TRACCIABILITÀ DELLE ATTIVITÀ
INFERMIERISTICHE E DETERMINAZIONE DELLE
TARiffe

Sistema di tariffazione della performance infermieristica:

*una proposta operativa attraverso
l'impiego della metodologia
degli Indici della Complessità
Assistenziale (I.C.A.)*

*Dott.ssa Derna Pierantoni P.O. Gestione qualità dell'assistenza analisi dei bisogni
formativi U.O. Direzione Professioni Sanitarie*

Dott. Andrea Cuboni Coordinatore Infermieristico U.O. Day Hospital

*Dott.ssa Massone Marcella Coordinatore Infermieristico U.O. Clin. di Medicina
Interna I*

*Dott.ssa Schenone Daniela Coordinatore Infermieristico Sala Operatoria - Ospedale
Policlinico San Martino - Sistema Sanitario Regione Liguria Istituto di Ricovero e
Cura a Carattere Scientifico per l'Oncologia*

*Dott. Cavaliere Bruno - Dirigente Direzione Aziendale
Professioni Sanitarie*



ABSTRACT

Introduzione:

L'obiettivo di questo studio è dimostrare la fattibilità di un possibile sistema di tariffazione a prestazione della funzione infermieristica, validando il presupposto teorico e metodologico di un'analisi economica infermieristica.

Metodo:

È stata scelta la Metodologia degli Indici di Complessità Assistenziale (I.C.A.), come sistema in grado di produrre una lettura

economica della performance infermieristica sufficientemente accurata mediante l'impiego dei "setting assistenziali" e dei "piani di assistenza infermieristici".

Per la pianificazione assistenziale è stata utilizzata la tassonomia Nursing Interventions Classification (NIC), come linguaggio validato e condiviso. Per il costo del singolo intervento e dell'evento ricovero è stato impiegato l'algoritmo "peso intervento" della metodologia I.C.A.

Il progetto di ricerca è stato effettuato mediante: uno studio pilota, che ha indagato un campione di 30 pazienti e uno studio multicentrico osservazionale trasversale retrospettivo, che ha indagato un campione di 135 pazienti afferenti da tre Ospedali della Regione Liguria.

Risultati:

Lo studio ha raccolto n.165 casi, evidenziando 65 D.R.G., dai quali sono stati selezionati 17 D.R.G. contenenti 61 casi complessivi.

I risultati conseguiti ci consentono di affermare che è possibile, tramite l'approccio proposto, calcolare il costo diretto ed indiretto delle attività infermieristiche, ed è possibile confrontarlo con l'attuale sistema D.R.G.

Conclusione:

È necessario creare un sistema di tariffazione multidisciplinare della presa in carico dell'assistito, in grado di monitorare tutto il processo di cura e quindi tutte le prestazioni di cui necessita l'assistito.

Il sistema D.R.G. attuale non è in grado di rilevare le cure infermieristiche.



OBIETTIVI

L'economia sanitaria costituisce oggi più che mai per tutti i professionisti sanitari uno strumento di analisi indispensabile per comprendere i meccanismi che regolano il sistema sanitario dal punto di vista del governo clinico, per sviluppare comportamenti responsabili, per garantire un uso più appropriato delle risorse necessarie e per rispondere ai bisogni di salute¹.

L'obiettivo generale di questo studio è di dimostrare la fattibilità di un possibile sistema di tariffazione a prestazione della funzione infermieristica basata sul presupposto teorico e metodologico di un'analisi economica.

Gli obiettivi secondari sono: definire gli elementi necessari alla determinazione della tariffa, produrre specifici indicatori di costo per l'assistenza infermieristica, identificare una metodologia utile alla definizione del costo basata sulla presa in carico e personalizzazione delle cure ed identificare una tassonomia utile alla finalità dello studio.

È stata effettuata una ricerca bibliografica in merito al quesito di ricerca, ed è stato indagato un periodo di riferimento che va dal gennaio 2000 al giugno del 2016, non sono state applicate restrizioni di lingua, perché dalla ricerca effettuata sono stati evidenziati molti lavori anche in lingue diverse dall'inglese e dall'italiano, ma con abstract in inglese. Gli articoli che sono stati evidenziati dalla ricerca bibliografica effettuata su PubMed sono ottantuno, di questi articoli è stato letto l'abstract ed è stato richiesto il testo completo per ventinove articoli. Nei ventinove articoli, non è emerso alcuno studio che analizzasse un sistema di tariffazione della performance infermieristica.

Negli articoli analizzati l'assistenza infermieristica e delle professioni sanitarie viene sempre intesa come costo indiretto derivante dall'attività medica con unità di misura oraria, non affrontando mai la dimensione operativa e qualitativa delle attività svolte e della loro relativa complessità.



METODO

Strumenti utilizzati:

- Sistema integrato di misurazione della complessità assistenziale: la metodologia degli indici della complessità assistenziale (I.C.A.)², driver multidimensionale che utilizza indicatori di processo specifici delle professioni sanitarie capaci di produrre una lettura

economica della performance.

La metodologia I.C.A. impiega “il dizionario delle attività” per costituire il driver multidimensionale. Esso si compone di tre elementi:

- **Categorie:** la struttura scelta per lo studio è di nove categorie di bisogni (respirazione, alimentazione e idratazione, eliminazione urinaria ed intestinale, igiene, movimento, riposo e sonno, funzione circolatoria, ambiente sicuro e interazione nella comunicazione) e di due categorie di processo (procedure terapeutiche e procedure diagnostiche)
- **Azioni/interventi:** sono presenti quattrocentonovantacinque interventi infermieristici
- **“Peso” interventolazione:** rappresenta l'algoritmo con il quale la metodologia I.C.A. determina la complessità relativa di ogni singolo intervento su una scala di cinque livelli da uno a cinque dove il valore cinque rappresenta il più elevato.
- Il “costo indice intervento”, algoritmo realizzato utilizzando il “peso intervento” della metodologia I.C.A. per determinare il costo analitico delle azioni/interventi.
- Nursing Interventions Classification (N.I.C.), sistema di classificazione degli interventi infermieristici realizzati da gruppo di ricerca dell'università di Iowa, Stati Uniti³.

Lo studio si compone di due fasi:

- **Studio pilota:** sperimentazione su piccola scala del protocollo di studio per verificare la fattibilità del progetto, definire la grandezza del campione dello studio e contribuire a migliorare la misurazione ed archiviazione dei dati raccolti
- **Studio multicentrico:** dimostrare attraverso la determinazione delle tariffe, la fattibilità dell'ipotesi dello studio.

Per determinare il “costo indice intervento” è stato scelto, il costo medio orario del personale infermieristico dell'anno 2014, fornito dalla Regione Liguria, che è pari a € 23,64⁴.

- **Studio Pilota – Studio osservazionale trasversale retrospettivo.**

Il campionamento che è stato realizzato per determinare il campione è di tipo non probabilistico ad elementi rappresentativi. Gli elementi rappresentativi sono stati selezionati all'interno della popolazione che il ricercatore ha ritenuto coerenti con gli obiettivi della ricerca.

È stato scelto un campione di trenta pazienti:

- Quindici di area medica e oncologica
- Quindici di area chirurgica.

Sono state analizzate trenta cartelle cliniche per ogni Unità Operativa, da cui ne sono state selezionate quindici, attraverso l'elemento rappresentativo "diagnosi d'ingresso" degli utenti ricoverati dal 1 settembre 2015 al 31 novembre 2015.

• **Studio multicentrico - Studio osservazionale trasversale retrospettivo.**

La numerosità campionaria dello studio è stata calcolata tenendo conto dei posti letto delle tre strutture:

- ASL 5 Spezzino: 612⁵
- ASL 3 Genovese: 681⁵
- Ente Ospedaliero – Ospedali Galliera: 414⁵.

Il totale dei posti letto per le tre strutture è di 1707 posti.

Essendo stata ipotizzata una popolazione di 3000 persone come campione per lo studio, la numerosità del campione significativo dovrà essere di 135 pazienti afferenti dai tre Ospedali della Regione Liguria. Le 45 cartelle raccolte per ogni ospedale sono state selezionate attraverso un campionamento, randomizzato semplice.

ASL 5 Spezzino: unità operative coinvolte area chirurgica, area medica e area dell'emergenza. Per ognuna sono state arruolate 15 cartelle dal 1 gennaio 2016 al 31 marzo 2016.

ASL 3 Genovese: unità operative coinvolte area medica, cardiologia e area chirurgica. Per ognuna sono state arruolate 15 cartelle dal 1 settembre 2015 al 31 dicembre 2015.

Ente Ospedaliero – Ospedali Galliera: unità operative coinvolte area Chirurgica 12 cartelle, area di medicina interna 20 cartelle e Medicina d'urgenza 13 cartelle dal 1 aprile 2016 al 31 maggio 2016.

I dati raccolti dalle pianificazioni assistenziali dello studio pilota e dello studio multicentrico sono stati analizzati mediante il software: STATA 14/SE.

Le analisi statistiche effettuate sul campione sono: distribuzione per sesso, distribuzione del campione in base all'età e alle giornate di degenza, distribuzione del campione in base al Sistema Diagnosis Related Group (DRG) e comparazione DRG e giornate di degenza. L'analisi statistica che è stata condotta per singolo DRG ha analizzato le informazioni più importanti estrapolate dalla raccolta dati che è stata effettuata mediante l'applicativo ICAcode© (Metodologia I.C.A.)⁷.

È stato calcolato:

- Delta: DRG n. – Costo assistenza infermieristica
- Costo medio giornaliero per assistenza infermieristica e giornate di degenze
- Costo medio giornaliero per assistenza infermieristica
- Costo medio giornaliero per assistenza infermieristica: Media, Deviazione standard, Interquartile 1° e 3° (25°P – 75°P) e Mediana.



RISULTATI

Studio Pilota

Sono stati analizzati i DRG con frequenza maggiore/uguale a due casi, per osservare eventuali variazioni e/o

similitudini.

I DRG che sono stati analizzati e messi a confronto tra loro sono i seguenti:

- DRG 290: Interventi sulla tiroide (11 casi)
- DRG 395: Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (2 casi)
- DRG 404: Linfoma e leucemia non acuta senza CC (4 casi)
- DRG 420: Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC (3 casi).

L'analisi delle pianificazioni assistenziali raggruppate per stesso DRG hanno permesso di analizzare la pianificazioni assistenziale per evento ricovero, evidenziandone le seguenti parti: intervento assistenziale, tempo di esecuzione intervento, frequenza intervento infermieristico, costo indice intervento e costo intervento totale (frequenza intervento infermieristico moltiplicato per il costo indice intervento).

¹ Cavaliere B., Manzoni E. e Piu F. Innovazione e Governance delle Professioni Sanitarie. Scenari di sviluppo per una sanità a misura d'uomo, Casa Editrice Ambrosiana, 2015

² Cavaliere B. Sistema integrato di misurazione della complessità assistenziale, Management infermieristico, 2006, 2, 13-22

³ McCloskey J. & Bulechek G. Classificazione degli interventi infermieristici NIC, Milano, Ambrosiana, 2007

⁴ Dati che vengono forniti alla Regione Liguria da parte delle strutture del sistema sanitario ligure mediante una matrice che viene inviata dal controllo di gestione delle singole aziende

⁵ Situazione posti letto e accessi popolazione alle ASL, IRCCS, Enti Ospedalieri Liguri (2014 2016), Allegato 7, <https://www.galliera.it/files/documenti/piano-strategico-2014-2016/allegato7;>

⁶ Software statistico – www.stata.com

⁷ Software distribuito da Bit Italia

Tabella n.1 - Esempio di Pianificazione
assistenziale infermieristica per evento ricovero:
Diagnosis Related Group (DRG) 290 – Interventi
sulla tiroide

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE	TEMPO INTERVENTO (MINUTI)	FREQUENZA INTERVENTI INFERMIERISTICI	COSTO INDICE INTERVENTO (€)	COSTO INTERVENTI TOTALE (€)
Manutenzione dell'accesso venoso	10	4	5,23	20,92
Manutenzione dell'accesso venoso	15	10	8,26	82,6
Somministrazione di farmaci: via sottocutanea	10	3	5,12	15,36
Monitoraggio parametri vitali	10	9	5,12	46,08
Somministrazione di farmaci: via orale	15	5	8,08	40,4
Somministrazione di analgesici	20	5	11,69	58,45
Preparazione all'intervento chirurgico	30	1	19,56	19,56
Esami di laboratorio a letto del paziente	15	2	8,76	17,52
Monitoraggio dei liquidi	20	3	11,45	34,35
Gestione della nausea	20	4	10,78	43,12
Cateterismo vescicale	15	1	9,09	9,09
Gestione dell'eliminazione urinaria	10	2	5,61	11,22
Bagno	20	1	9,88	9,88
Assistenza nella cura di sé	20	3	10,34	31,02
Cura del sito di incisione	15	1	8,25	8,25
Vestire/Spogliare	15	1	7,56	7,56
Cura della ferita	15	2	8,93	17,86
Miglioramento del sonno	15	4	8,26	33,04
Gestione del dolore	30	9	11,68	105,12
Gestione dell'ambiente	30	1	15,51	15,51
Assistenza all'accettazione	20	1	10,1	10,1
Miglioramento della sicurezza	15	1	8,26	8,26
Documentazione	15	10	7,08	70,8
Identificazione dei rischi	50	1	28,1	28,1
Riduzione dell'ansia	30	1	17,2	17,2
Controllo delle infezioni	20	1	11,47	11,47
Promozione dell'attività fisica	30	2	16,51	33,02
Gestione dell'ambiente: benessere	15	1	6,55	6,55
COSTO ASSISTENZA INFERMIERISTICA EVENTO RICOVERO (€)	812,41			

tabella n.2

	Giornate degenza	Costo DRG 290	Costo assistenza infermieristica per DRG 290	Delta
1° Caso	4	3340 €	812,41 €	2527,59 €
2° Caso	3	3340 €	623,69 €	2716,31 €
3° Caso	3	3340 €	594,73 €	2745,27 €
4° Caso	3	3340 €	584,76 €	2755,24 €
5° Caso	3	3340 €	532,16 €	2807,84 €
6° Caso	3	3340 €	507,27 €	2832,73 €
7° Caso	3	3340 €	489,16 €	2850,84 €
8° Caso	3	3340 €	477,05 €	2862,95 €
9° Caso	3	3340 €	471,47 €	2868,53 €
10° Caso	3	3340 €	470,46 €	2869,54 €
11° Caso	3	3340 €	318,46 €	3021,54 €

Nella *tabella n.2* viene rappresentata la differenza tra il valore attribuito dal Sistema Diagnosis Related Group (DRG) 290: interventi sulla tiroide e il costo totale dell'assistenza infermieristica erogata.

Resta aperta la discussione sul valore rappresentato in colonna cinque e denominato delta.

Questo valore è contenuto nell'attuale tariffa o rappresenta un costo incrementale delle cure.

Osservando gli undici casi possiamo notare che per stesse giornate di degenza (3 giornate) il costo dell'evento ricovero può variare da un minimo di € 318,46 a un massimo di € 623,69.

La variazione del costo giornaliero è dovuta dalla pianificazione assistenziale (somma degli interventi effettuati), ciò può dipendere dalla presenza di comorbidità nel paziente.

tabella n.3

	Giornate degenza	Costo medio giornaliero per assistenza infermieristica
1° Caso	4	203,10 €
2° Caso	3	207,89 €
3° Caso	3	198,24 €
4° Caso	3	194,92 €
5° Caso	3	177,39 €
6° Caso	3	169,09 €
7° Caso	3	163,05 €
8° Caso	3	159,01 €
9° Caso	3	157,16 €
10° Caso	3	156,82 €
11° Caso	3	106,15 €

Nella *tabella n.3* viene rappresentato il costo medio giornaliero per l'assistenza infermieristica riferita al Sistema Diagnosis Related Group (DRG) 290: interventi sulla tiroide.

Il costo medio giornaliero per l'assistenza infermieristica può variare da un minimo di € 106,15 a un massimo di € 207,89.

La variazione del costo medio giornaliero riferito al DRG 290 è di € 101,74.

Nella *tabella n.4* è stato analizzato in dettaglio il costo medio giornaliero per l'assistenza infermieristica.

Grazie, allo studio Pilota possiamo osservare che gli elementi che concorrono alla determinazione del costo della pianificazione assistenziale sono:

- La sommatoria dei “costi indice intervento” per la loro frequenza di esecuzione
- Le giornate di degenze
- La complessità assistenziale dell'assistito
- L'appropriatezza degli interventi effettuati.

tabella n.4

Media	Deviazione standard	IQ1 – IQ3 (25°P – 75°P)	Mediana
172,07 €	29,23 €	157,16 € – 198,24 €	169,51 €

Studio multicentrico:

Sono stati analizzati i DRG con frequenza maggiore o uguale a tre casi, per osservare se erano presenti variazioni o similitudini.

I DRG che sono stati analizzati e messi a confronto tra loro sono i seguenti:

- **DRG 127:** Insufficienza cardiaca e shock (12 casi)
- **DRG 87:** Edema polmonare e insufficienza respiratoria (10 casi)
- **DRG 174:** Emorragia gastrointestinale con CC (6 casi)
- **DRG 118:** Sostituzione di pacemaker cardiaco (4 casi)
- **DRG 152:** Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC (4 casi)
- **DRG 201:** Altri interventi epatobiliari o sul pancreas (4 casi)
- **DRG 75:** Interventi maggiori sul torace (3 casi)
- **DRG 121:** Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi (3 casi)
- **DRG 143:** Dolore toracico (3 casi)

- **DRG 160:** Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (3 casi)
- **DRG 172:** Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC (3 casi)
- **DRG 569:** Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore (3 casi)
- **DRG 570:** Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore (3 casi).

L'analisi delle pianificazioni assistenziali raggruppate per DRG ha permesso di analizzare la pianificazioni assistenziale per evento ricovero, evidenziandone le seguenti parti: intervento assistenziale, tempo di esecuzione intervento, frequenza intervento infermieristico, costo indice intervento e costo totale intervento.

Nella **tabella n. 5** è rappresentata la differenza tra il valore attribuito dal Sistema Diagnosis Related Group (DRG) 127- Insufficienza cardiaca e shock ed il costo totale dell'assistenza infermieristica erogata.

tabella n.5

	Giornate degenza	Costo DRG 127	Costo assistenza infermieristica per DRG 127	Delta
1° Caso	26*	3052,00 € + 895 € (179€ x 5gg fuori soglia) = 3947	3836,57 €	110,43 €
2° Caso	12	3052,00 €	2133,23 €	918,77 €
3° Caso	11	3052,00 €	1832,59 €	1219,41 €
4° Caso	10	3052,00 €	866,31 €	2185,69 €
5° Caso	8	3052,00 €	1513,39 €	1538,61 €
6° Caso	7	3052,00 €	1288,04 €	1763,96 €
7° Caso	7	3052,00 €	1183,85 €	1868,15 €
8° Caso	7	3052,00 €	1127,38 €	1924,62 €
9° Caso	6	3052,00 €	1154,79 €	1897,21 €
10° Caso	6	3052,00 €	1091,47 €	1960,53 €
11° Caso	5	3052,00 €	1027,29 €	2024,71 €
12° Caso	5	3052,00 €	819,06 €	2232,94 €

Nel primo caso il segno* sta ad indicare che il DRG ha un valore soglia di giornate di degenza pari a ventuno. Il costo finale del DRG dovrà tenere in considerazione i cinque giorni di degenza fuori soglia, quindi la tariffa del DRG 127 deve essere calcolata ed è di € 3052 a cui dovranno essere sommati i € 179 (costo per giornata di degenza fuori soglia) per i cinque giorni, il totale è di € 3947.

tabella n.6

	Giornate degenza	Costo medio giornaliero per assistenza infermieristica
1° Caso	26	147,56 €
2° Caso	12	177,77 €
3° Caso	11	166,60 €
4° Caso	10	86,63 €
5° Caso	8	189,17 €
6° Caso	7	184,00 €
7° Caso	7	169,12 €
8° Caso	7	161,05 €
9° Caso	6	192,46 €
10° Caso	6	181,91 €
11° Caso	5	205,46 €
12° Caso	5	163,81 €

Nella **tabella n. 6** è rappresentato il costo medio giornaliero per l'assistenza infermieristica riferito al DRG 127: Insufficienza cardiaca e shock.

Se osserviamo il quarto caso con dieci giornate di degenza, la pianificazione assistenziale ha un costo medio giornaliero di € 86,63, mentre nell'undicesimo caso con cinque giornate di degenza, la pianificazione assistenziale ha un costo medio giornaliero di € 205,46.

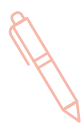
La variazione del costo medio giornaliero riferito al DRG 127 che è di € 118,83.

Nella **tabella n. 7** è stato analizzato il costo medio giornaliero per l'assistenza infermieristica.

Grazie, all'analisi dei dati dello studio multicentrico possiamo osservare, che, come per lo studio pilota, lo scostamento della tariffa finale delle pianificazioni assistenziali dipende dalla sommatoria dei singoli interventi che sono stati inseriti nella pianificazione assistenziale di ciascun assistito (presenza di comorbidità nell'assistito o di carenze o mancanze di autonomia nelle attività di vita quotidiana) e dalla durata del ricovero (giornate di degenza).

tabella n.7

Media	Deviazione standard	IQ1 – IQ3 (25°P – 75°P)	Mediana
168,79 €	30,29 €	161,74 € – 187,88 €	165,52 €



CONCLUSIONI

Studio Pilota

Il campione dello studio pilota è composto da trenta casi, il campione si è distribuito nel sistema Diagnosis Related

Group (DRG) in quattordici DRG differenti.

Sono stati scartati per lo studio pilota i dieci DRG con una casistica inferiore a due casi e sono stati analizzati i quattro DRG con casistica superiore a due casi.

Studio multicentrico

Il campione dello studio multicentrico è composto da centotrentacinque casi, il campione si è distribuito nel sistema Diagnosis Related Group (DRG) in sessantacinque DRG differenti.

Sono stati scartati per lo studio multicentrico i DRG con una casistica inferiore a tre casi e sono stati analizzati i tredici DRG con casistica superiore a tre casi.

I risultati che sono stati conseguiti dai due studi ci consentono di affermare che è possibile, tramite l'approccio proposto, calcolare il costo diretto ed indiretto delle attività infermieristiche, ed è possibile confrontarlo con l'attuale sistema DRG per analizzarne le specifiche caratteristiche. Infatti, è emersa una correlazione altamente significativa ($p < 0.001$) tra il costo infermieristico e le giornate di degenza uguale a 0.8923.

L'attuale sistema perde importanti elementi per una corretta tariffazione delle cure, come, ad esempio, le attività autonome delle professioni sanitarie.

È importante sottolineare che il DRG medico non è in grado, di cogliere completamente la dimensione qualitativa e quantitativa dell'assistenza infermieristica. In particolare la dimensione qualitative è completamente assente.

Sarebbe opportuno creare un sistema di monitoraggio e tariffazione rispettoso della multidisciplinarietà della presa in carico dell'assistito e quindi si dovrebbe parlare di un DRG dell'assistito, che prenda in considerazione tutto il processo di cura e quindi tutte le prestazioni necessarie.

PUNTI DI FORZA

I vantaggi di questo studio sono rappresentati dalla rilevanza dell'argomento in quanto consentirebbe di definire meglio il contributo della professione infermieristica (delle professioni sanitarie) e faciliterebbe i piani d'investimento per garantire cure adeguate agli assistiti. Ad oggi oggettivamente il calcolo della tariffa risulta essere parziale, in quanto esclusivamente finalizzato alla rilevazione delle prestazioni mediche e al riduttivo item "tempo" per le professioni sanitarie.

Si ritiene che questo studio abbia ampiamente dimostrato che la singola variabile tempo sia un elemento ormai insufficiente per alimentare il sistema di tariffazione attualmente impiegato.

A tale proposito si ritiene importante proporre la realizzazione di un osservatorio nazionale permanente per le professioni sanitarie che potrebbe lavorare in sinergia con l'attuale Commissione Nazionale Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) in analogia agli attuali sottogruppi D.R.G. e/o Delisting che già attualmente si occupano di rendere il sistema adeguato e applicabile.

La sua struttura dovrebbe garantire la realizzazione dei flussi locali, regionali e nazionali con figure dedicate alla creazione di sistemi di tracciabilità delle attività infermieristiche (professioni sanitarie), per consentire la validazione dei flussi necessari alla standardizzazione degli interventi assistenziali. Questo processo su scala nazionale consentirà di rendere il "costo indice intervento" applicabile su tutto il territorio italiano.

Sarebbe auspicabile l'attivazione di progetti pilota a livello regionale, in grado di definire i ruoli, le competenze necessarie e le strutture organizzative che li dovranno accogliere.

Le attività dello studio pilota si concretizzeranno nella creazione di pacchetti standardizzati (Setting assistenziali) capaci di definire le "best practice" infermieristiche da garantire nelle giornate di degenza e quindi a migliorare la definizione della tariffa sia nella dimensione del costo giornaliero che in quella complessiva dell'evento ricovero.

In una seconda fase sarà auspicabile l'inserimento, nell'attuale sistema DRG, di specifici DRG dell'assistenza infermieristica relativi alle attività autonome (che ad oggi non sono rilevate dal sistema DRG) ed un miglioramento del calcolo della tariffa DRG che oggi affronta solo la dimensione delle attività collaborative delle professioni sanitarie.

Esso, dovrà essere capace di superare la semplice e generica variabile tempo (nell'attuale DRG compare solo la voce minuti per le professioni sanitarie) con una migliore tracciabilità basata sulla tipologia di intervento connessa a specifici outcome.

Questo studio pone un ulteriore ed importantissimo quesito che potrà trovare una adeguata risposta solo realizzando le fasi precedentemente discusse. I costi delle cure infermieristiche rappresentate in questo lavoro come nell'esempio del caso proposto in tabella uno ed equivalente a € 812,41 (costo complessivo di assistenza infermieristica evento ricovero), è una tariffa che attinge dall'attuale D.R.G. come rappresentato in tabella due. Le ulteriori ipotesi possibili potrebbero prevedere un valore incrementale della tariffa stessa. Ad oggi i dati in nostro possesso non ci consentono di formulare una adeguata decisione che potrà essere assunta con ulteriori approfondimenti.

CRITICITÀ

I limiti dello studio sono rappresentati da tre fattori:

I casi analizzati sono stati classificati con il Sistema Diagnosis Related Group (DRG) perché unico strumento presente sul territorio nazionale;

La tariffa dovrebbe essere determinata su scala nazionale, si dovrà analizzare il costo di assistenza infermieristica standard dell'evento ricovero, rispettare i principi di "buone pratiche" e garantire degli "outcome" necessari e sicuri;

Dovranno essere analizzati su scala nazionale i seguenti costi:

- Materiali sanitari e non sanitari;
- Apparecchiature utilizzate (manutenzione ed ammortamento);
- Trasferimento (per i servizi indiretti verso l'assistito);
- Indiretti rappresentati dal costo dei fattori produttivi attribuiti all'unità produttiva, ma non direttamente utilizzati nella produzione della singola prestazione (per esempio: pulizie, utenze, consumi elettrici ed etc.)



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Sulla base del progetto che è stato realizzato è stata ipotizzata la realizzazione di uno studio multicentrico osservazionale prospettico su scala nazionale, che si potrà realizzare nelle seguenti fasi:

Prima Fase

- a) Determinazione della numerosità campionaria dello studio. Il campionamento verrà realizzato con “randomizzazione semplice”
- b) Determinazione delle strutture che parteciperanno alla sperimentazione (requisiti di arruolamento).

Seconda Fase

- a) Richiesta delle autorizzazioni alle Direzioni Sanitarie delle Strutture che parteciperanno allo studio multicentrico per la raccolta dati
- b) Le Direzioni Sanitarie in collaborazione con le Direzioni delle Professioni Sanitarie dovranno identificare le persone di riferimento per la collaborazione nella gestione dei flussi dei dati.

Terza Fase

- a) Identificare le tipologie di flussi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.) che dovranno essere inserite nello studio
- b) Identificare le tipologie di flussi (tracciato

record) delle attività infermieristiche associate alla SDO

- c) Definire il campionamento per singola SDO.

Quarta Fase

- a) Gestione del data base per la raccolta dati. Tutti i centri che parteciperanno allo studio dovranno inserire tutti i dati relativi all’assistenza infermieristica erogata su specifica piattaforma resa disponibili, ponendo particolare attenzione alla codifica, alla frequenza di esecuzione e al tempo relativo impiegato per singola attività.

Quinta Fase

- a) Analisi dei dati raccolti da ogni singola regione, struttura e reparto; che hanno partecipato allo studio, mediante la determinazione delle attività e dei relativi tempi “standard” del campione indagato.

Sesta Fase

- a) Costituire un gruppo di esperti che valuteranno gli interventi infermieristici con il fine di determinare il “costo indice intervento”
- b) Per la determinazione del costo intervento, verrà utilizzato come riferimento, il costo medio orario del personale infermieristico
- c) Per la costruzione della “costo indice intervento” verrà utilizzato l’algoritmo “peso intervento” della metodologia I.C.A.

Settima Fase

- a) Creare le tariffe associate agli interventi infermieristici associati alla S.D.O.

Il progetto sarà realizzato in un anno.



UNITÀ ASSISTENZIALI OSPEDALIERE CON RICOVERI
A CICLO CONTINUO DELLA MEDIA INTENSITÀ DI
CURE

Appropriatezza allocativa del capitale umano ed impegno assistenziale:

*modello aziendale di monitoraggio
nella media intensità di cure degli
ospedali dell'ASST Papa
Giovanni XXIII*

**Dott.ssa Cesa Simonetta - Direttore U.O.C. Direzione Professioni
Sanitarie e Sociali**

Dott.ssa Casati Monica Dirigente Responsabile Ricerca Formazione e Sviluppo

Dott. Invernici Angelo Responsabile Programmazione e Controllo

Collaboratori:

*Pellegrini Ramona Infermiere Staff Ricerca Formazione e Sviluppo, Egidi Simona
Infermiere Staff Ricerca Formazione e Sviluppo, Bonetalli Annalisa Infermiere
Ufficio Epidemiologia*

**U.O.C. Direzione Professioni Sanitarie e Sociali ASST Papa
Giovanni XXIII Bergamo, Lombardia**



evidenziato che un rapporto infermiere – pazienti pari a 1:6 garantisce condizioni di sicurezza; oltre tale soglia, all'aumento di un paziente per infermiere, aumenta mediamente del 7% il tasso di mortalità generale, casistica normalizzata.

Recenti studi a livello nazionale hanno evidenziato come gli standard medi italiani di personale infermieristico in unità medico-chirurgiche in ospedali per acuti siano ancora distanti dai valori raccomandati in letteratura e si attestino su dati medi di 1 infermiere per 9,54 pazienti (Studio RN4CAST Italy - Sasso L. et al., 2016) e 1 infermiere per 9 pazienti (Studio ESI - Regione Emilia Romagna – Mongardi M. et al., in press).

A **livello aziendale** gli ambiti assistenziali dell'ASST Papa Giovanni XXIII sono organizzati in Unità **Assistenziali** (UA) definite come entità organizzative dotate di un centro di costo chiamato “risorsa comune”, gestite da un coordinatore delle professioni sanitarie, a cui è assegnato un gruppo di collaboratori numericamente predefinito per l'erogazione dell'assistenza e dei servizi ad una o più Unità Strutturali aziendali e contenenti un numero definito di posti letto. Questa modalità aggregativa è stata resa possibile dalla DGR Lombardia 9014/2009 che ha consentito di comporre “équipe infermieristiche che prestino assistenza in più di una Unità Operativa all'interno di raggruppamenti di specialità omogenei per intensità delle cure erogate”. Tale entità organizzativa non è sistematicamente e immediatamente corrispondente con le U.O.C. e le UOS talora anche afferenti a diversi dipartimenti;



ABSTRACT

In merito alla rilevanza

Il mantenimento di adeguati standard di personale assistenziale è determinante per raggiungere risultati di qualità e sicurezza nel percorso di cura delle persone assistite presso ospedali per acuti.

A **livello internazionale** diversi studi dai primi anni 2000 in poi hanno dimostrato la rilevanza di appropriati livelli di staffing assistenziale per il mantenimento della sicurezza dei pazienti; in particolare lo studio di Aiken et al. (2014) ha

il modello organizzativo-assistenziale di riferimento in tutti gli ambiti di degenza è il modello modulare; per inciso la complessità assistenziale è parte costitutiva dell'organizzazione per intensità di cure che contestualmente si avvale dei sistemi EWS (Early Warning Score). Tali score sono utilizzati dai coordinatori delle professioni sanitarie a supporto della modulazione dello skill-mix del personale assistenziale in relazione alle condizioni cliniche delle persone assistite.

Il rapporto infermiere-pazienti dell'ASST Papa Giovanni XXIII rilevato nell'anno 2015 durante la partecipazione allo studio internazionale RN4CAST è risultato essere mediamente pari a 1:9,32.

Il dato è in linea con quanto evidenziato dallo studio ESI condotto nel contesto aziendale nel medesimo anno che ha restituito una media di 10 pazienti per infermiere.

A livello aziendale il rapporto infermiere-pazienti rilevato dalle indagini nazionali, si inserisce nella progettualità, attiva a partire dal 2005, di rilevazione presso le strutture di degenza a media intensità di cure dell'impegno assistenziale dei pazienti presenti.

In merito al metodo

La Direzione Professioni Sanitarie e Sociali dispone da tempo di un modello aziendale di misurazione del fenomeno chiedendo ai contesti individuati (26 UA) la compilazione del Metodo Svizzero elaborato da Exchaquet e Zublin, della Karnofsky Performance Status Scale (KPS) validata e della Valutazione Personale Soggettiva, introdotta a seguito di molteplici indagini aziendali che ne hanno confermato la validità orientativa.

In merito ai risultati

Le rilevazioni hanno avuto luogo a cadenza periodica e costituiscono un patrimonio storico di dati di riferimento per gli orientamenti gestionali relativi al personale assistenziale.

Tale impianto metodologico è stato anche oggetto di valutazione di comparabilità tra gli strumenti utilizzati e i risultati hanno evidenziato l'appropriatezza dell'utilizzo contemporaneo di più strumenti di lettura dell'impegno assistenziale, consolidando l'approccio in essere al fine di stratificare la complessità assistenziale in medio-bassa e medio-alta nei contesti a diversa intensità di cure (Casati et al., 2017).



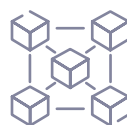
OBIETTIVI

Il progetto persegue lo scopo di analizzare l'impegno assistenziale delle persone assistite degenti e la congruità

numerica del personale infermieristico e di supporto presente, in riferimento agli standard di accreditamento regionali e alle indicazioni riportate dalla letteratura scientifica ad oggi disponibile relativamente all'argomento.

Gli obiettivi specifici di tale progettualità sono:

1. Monitorare l'impegno assistenziale delle persone assistite degenti presso le unità assistenziali della media intensità di cure dell'intera ASST;
2. Monitorare la modulazione del capitale umano (infermieristico, ostetrico e di supporto) presente nelle diverse fasce orarie giornaliere;
3. Analizzare l'appropriatezza allocativa dello staffing e dello skill-mix del personale di assistenza in relazione all'impegno assistenziale espresso dalle persone assistite.



METODO

Raccolta Dati

I dati sono stati raccolti nelle UA a media intensità di cure con l'esclusione dell'Area Critica e dei ricoveri in regime

di Day-Hospital o Day Surgery.

La rilevazione è effettuata in un periodo indice della durata di 14 giorni attraverso la compilazione di una scheda informatizzata allocata nell'intranet aziendale che ripropone i 19 item del Metodo Svizzero nella versione originale.

Opportuni aggiornamenti sono stati effettuati sulla legenda per la corretta e attuale interpretazione o integrazione degli item così come il metodo prevede; in particolare negli anni 2017-18 si è sviluppato un percorso di integrazione per l'ambito pediatrico e dall'anno 2019 sono previsti ulteriori ambiti clinici di approfondimento.

La maschera è compilata quotidianamente dal personale infermieristico in riferimento a ciascuna persona assistita degente; i dati inseriti si riferiscono complessivamente al tempo di degenza nella giornata precedente alla compilazione della scheda stessa.

Vengono inoltre riportate le presenze del personale assistenziale (infermieri, ostetriche e OSS) in servizio per ciascuna UA e le relative modifiche rispetto al tempo lavoro programmato.

Analisi dei dati

Il modulo e il posto letto sono stati individuati quali elementi chiave per interfacciare i dati rilevati inerenti l'impegno assistenziale, il tempo di lavoro e la dotazione di personale.

I dati sono stati inizialmente allineati e stabilizzati. Relativamente al tempo lavorato dal **personale assistenziale**, per ogni modulo di ciascuna UA sono stati calcolati i minuti erogati giornalmente dal personale infermieristico, ostetrico e di supporto

(OSS). La **distinzione per qualifica** è stata prevista perché ai fini dell'accreditamento il tempo lavorato dell'OSS è calcolato nella misura del 50%. Dal calcolo sono state espressamente escluse le ore lavorate dal coordinatore di UA.

Le elaborazioni finali sono contenute in un database e mostrano la mappa dell'impegno assistenziale delle persone assistite nei moduli di ciascuna UA. Le aggregazioni sono rappresentate in tabelle e grafici che evidenziano gli scostamenti fra il tempo rilevato attraverso il Metodo Svizzero, quello effettivamente lavorato, nonché quello previsto dall'accreditamento di Regione Lombardia, sia misurato nella sua dimensione generale (n. minuti di assistenza/paziente/die) sia in base all'indice di occupazione dei posti letto.



RISULTATI

Molto corposi e assoggettabili a diversi filoni di analisi sono i dati disponibili, sia puntualmente che longitudinalmente; l'ultima rilevazione è stata effettuata dal

12 al 25 novembre 2018.

1. Attraverso l'ultima rilevazione avvenuta nell'anno 2018 è stato possibile disporre di 11.657 schede, corrispondenti a 1.969 persone assistite; è stato raggiunto il 100% di reclutamento delle persone assistite presenti e delle relative giornate di degenza nel periodo indice; le elaborazioni sono attualmente in corso
2. È stato inoltre possibile ottenere una mappatura dettagliata del 100% delle presenze effettive di personale infermieristico, ostetrico e di supporto nel periodo indice, attraverso un database allocato nell'intranet aziendale, con dettaglio relativo alle variazioni intervenute durante le giornate oggetto di rilevazione rispetto al programmato della presenza per UA e per singolo modulo, nonché la relativa assegnazione del personale trasversale a diversi moduli, sia infermieristico-ostetrico che di supporto
3. Dall'interpretazione congiunta dei dati di impegno assistenziale e di presenza del personale assistenziale è stata confermata, come già evidenziato nelle rilevazioni effettuate negli anni precedenti, l'appropriata modulazione del personale assistenziale da parte dei coordinatori delle professioni sanitarie in relazione al livello di impegno assistenziale delle persone assistite. L'analisi dei dati a disposizione ha orientato la revisione, ove necessario, dei livelli di staffing e skill-mix del personale di assistenza programmati, trasversalmente nei diversi moduli che compongono le singole unità assistenziali.

Nel complesso sono stati rilevati e analizzati i dati relativi a 26 UA afferenti a due presidi ospedalieri per un totale di 827 posti letto e di 36.729 ore lavorate dal personale infermieristico, ostetrico e di supporto, nel periodo indice.



CONCLUSIONI

Il monitoraggio dell'impegno assistenziale è utilizzato per adeguare il personale assistenziale presente nelle 24 ore nei contesti di degenza a media intensità di cure, sia in termini di livelli di staffing che di skill-mix al fine di rispondere in modo appropriato ai bisogni delle persone assistite, ottimizzando le risorse disponibili. Tale processo orienta verso il raggiungimento di standard assistenziali che esprimano condizioni di sicurezza per le persone assistite e di qualità delle cure erogate, considerando la domanda-offerta di assistenza correlata all'evoluzione delle necessità nel contesto attuale e alle disposizioni normative ad oggi vigenti in materia.

I prossimi sviluppi in merito prevedono a breve termine la correlazione dei dati a disposizione con i principali esiti sensibili all'assistenza (cadute, contenzione, lesioni da pressione, infezioni, processo gestione farmacologica, identificazione dell'assistito, self-care) su cui è in atto un aggiornamento generale per consolidare gli indicatori di riferimento, sia per i risvolti legati alla diffusione della cartella clinica elettronica sia per gli adeguamenti al manuale ISO 9001:2015.

L'impianto generale punta ad integrare il cruscotto informativo di indicatori di processo e di esiti assistenziali del processo di gestione di gestione del personale assistenziale, anche per analizzare le relazioni tra le diverse variabili.

In particolare si ritiene di particolare attenzione lo sviluppo di percorsi di studio a medio-lungo termine al fine di attivare ulteriori nuclei semantici di studio del modello, relazione tra i risultati periodicamente ottenuti con problemi ed interventi codificati con linguaggio controllato e altri strumenti validati (NANDA-I, NIC, sistemi EWS, KPS, indici di comorbidità, SDO, etc.).

Di notevole interesse è perseguire lo studio dei dati sulla Valutazione Professionale Soggettiva espressa da infermieri e ostetriche che insieme a quella espressa dal coordinatore potrà portare ulteriori elementi di riflessione sullo sviluppo del modello in oggetto.

PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ

Una intensa e sistematica attività di sostegno agli infermieri e alle ostetriche delle UA per il corretto inserimento dei dati nel database aziendale è stata effettuata dalle funzioni direzionali centrali al fine di ottenere completezza e qualità informativa dei dati raccolti.

La disponibilità di un patrimonio storico di dati consente di valutare l'andamento dell'impegno assistenziale nel tempo e verificare-evidenziare la stabilità o l'evoluzione dell'impegno assistenziale nei diversi setting di cura.

Il flusso informativo descritto permette di generare un cruscotto di dati periodici di straordinaria rilevanza gestionale ma non trova attualmente supporti informativi adeguati che ne garantiscano la fruibilità in tempo reale per supportare scelte gestionali in progress, relative all'allocazione del personale di assistenza in base alle evoluzioni dei bisogni degli assistiti.

Il modello aziendale, pur utilizzando strumenti validati disponibili in letteratura, ad oggi incontra difficoltà di benchmarking. La rilevazione dell'impegno in ambiti pediatrici è stata avviata per il primo anno attraverso l'utilizzo del Metodo Svizzero declinato per il paziente pediatrico a seguito di indagini qualitative condotte con panel di esperti; tale metodologia necessita di consolidamenti che sono già in corso; sono in atto valutazioni sulla definizione di ulteriori aree assistenziali assoggettabili allo stesso percorso di declinazione specialistica.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Direzione Professioni Sanitarie e Sociali
Responsabili di dipartimento e di funzione, Coordinatori delle professioni sanitarie e sociali, Infermieri, Ostetriche



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Inizio attività 2005; attualmente versione 2018 del progetto che persegue un obiettivo core della DPSS ed è a prosecuzione illimitata.



S.S. PRONTO SOCCORSO ASL BI – BIELLA

Introduzione del modello organizzativo di “pregestione infermieristica” in pronto soccorso

Dott.ssa Croso Antonella - Direttore S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie Contact Author

Dott.ssa Rollino Cinzia - Coordinatore S.S. Pronto Soccorso, Samanta Gaboardi - Infermiere S.S. Pronto Soccorso

ASL BI – Biella, Piemonte



ABSTRACT

Presso la struttura di emergenza e accettazione di ASL BI da diversi anni è attiva la funzione di triage con svolgimento continuativo nelle 24 ore; come previsto dalla Regione Piemonte (Legge Regionale 61/97) superando i 45.000 accessi annui, è stata introdotta una seconda presenza infermieristica al triage nelle ore diurne (dalle ore 7 alle ore 22). Questa figura si occupa prevalentemente del processo di rivalutazione degli utenti in attesa di visita medica. La rivalutazione deve essere attuata, sempre secondo le direttive emanate dalla Legge Regionale, a giudizio dell'infermiere di triage, a richiesta dell'utente o degli accompagnatori e allo scadere del tempo previsto per codice assegnato.

Nell'ultimo decennio, a causa di diversi fattori tra i quali se ne riscontrano alcuni di carattere organizzativo, uno dei fenomeni che si registra come

principale causa di criticità e eventi avversi, risulta essere l'overcrowding del Pronto Soccorso. (1, 2) Il management e la ricerca, in tutti i livelli accademici, organizzativi e sperimentali, si sono concentrati nella produzione di strategie per indirizzare i pazienti ai percorsi più appropriati attraverso la strutturazione di triage specifici per patologia o abbattimento dei tempi d'attesa attraverso la codifica di percorsi mirati per quelle problematiche cliniche che accedono ai percorsi fast-track.

Una recente pubblicazione (3), conclude affermando che, tutti i percorsi organizzativi che si strutturano all'interno dei dipartimenti di emergenza, devono essere permeati da una variabile che intervenga costantemente durante tutta la durata del percorso stesso: la continuità nei processi di cura; se vengono analizzati e presi in considerazione tutte le fasi del processo di cura all'interno del Pronto Soccorso, ecco che vengono identificati diversi

momenti di “attesa passiva”, di cui il maggiore in termini di tempo risulta essere il passaggio da fase di triage a visita medica; permeare questa attesa di “continuità” può significare utilizzare questo momento per erogare cure infermieristiche che favoriscano risposte rapide e coerenti con l’obiettivo principale di tutto il percorso.



OBIETTIVI

- Trasformazione da attesa “passiva” ad attesa “attiva” con miglioramento organizzativo.
- Riduzione dei contenziosi/segnalazioni URP.
- Miglioramento del comfort nei pazienti in attesa di visita medica (terapia del dolore).
- Riduzione degli abbandoni prima della visita medica.
- Aumento della soddisfazione del personale infermieristico.



METODO

Al fine di strutturare e definire i provvedimenti assistenziali per supportare i pazienti in attesa e diminuire lo stress sia emotivo che doloroso, è stato istituito un gruppo di lavoro medico-infermieristico per redigere protocolli condivisi e approvati dalla Direzione Sanitaria in modo da avviare percorsi diagnostico-terapeutici prima della visita medica. Il sistema di protocolli è articolato per sintomi principali di presentazione e prevede criteri di valutazione per le situazioni sintomatologiche che con maggior frequenza si presentano in Pronto Soccorso. Il triage mantiene l’obiettivo di ridurre al minimo il ritardo nell’intervento sul paziente urgente e di perseguire l’efficienza complessiva della struttura del P.S.

I sintomi principali per cui sono stati redatti i protocolli sono:

1. Dolore toracico
2. Disturbo neurologico
3. Dispnea
4. Cardiopalmo
5. Dolore addominale
6. Perdita di coscienza
7. Emorragie non traumatiche
8. Febbre e astenia
9. Terapia del dolore

Per ogni protocollo sono specificati parametri da valutare e azioni assistenziali da porre in essere.



RISULTATI

I dati analizzati dell’anno 2017, dopo la introduzione del nuovo modello organizzativo, dimostrano che la presa in carico infermieristica prima della visita medica avviene in un tempo medio di 17 minuti per i codici gialli e 49 minuti per i codici verdi. Tali tempistiche sono richiamate nel D.G.R. 23 marzo 2005 Regione Piemonte che enuncia le linee guida per l’attività di triage. Buona parte di questi pazienti accedono alla visita medica con esami ematochimici in corso o già refertati e con una terapia del dolore praticata al momento dell’ingresso. Talvolta l’esecuzione di ECG o il riscontro di valori ematici alterati ha garantito un aumento del codice di priorità ed un’ingresso tempestivo alla visita medica, con relativo contenimento del rischio evolutivo del problema sanitario.

Nonostante il trend in aumento costante degli accessi annuali, i dati della soddisfazione dell’utente sono supportati sia dalla riduzione delle segnalazioni pervenute all’URP, che dalla riduzione del tasso di abbandoni nell’anno 2017 preso in esame rispetto all’anno 2012 in cui non era esistente il progetto. (13% nel 2012- 6% nel 2017).

Il nuovo modello organizzativo ha mostrato influenza positiva anche sul personale infermieristico che, attraverso indagini di natura quali e quantitativa ha dimostrato di essere più motivato e soddisfatto, grazie all’aumento delle responsabilità che risultano riconosciute e valorizzate all’interno di un ambiente di lavoro ad elevata complessità e che mantiene risultati di livello in termini di tutti gli outcome analizzati.





CONCLUSIONI

L'introduzione del progetto e l'analisi dei dati hanno dimostrato il miglioramento dell'organizzazione generale e del mantenimento dell'efficienza della struttura. Si è inoltre evidenziata la necessità di proseguire in questa direzione, ampliando gli orari dell'attività di pregestione anche alle ore notturne ed aumentando i protocolli ad 11, comprendendo quindi nel percorso anche nuove problematiche quali ad esempio il trauma di anca e femore e il dolore in regione renale.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Direttore S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie, Coordinatore Infermieristico, Responsabile Medico, Infermieri e Medici.



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

L'intera realizzazione del progetto è durata circa 24 mesi considerando la strutturazione e l'implementazione di tutti i protocolli operativi descritti.

La realizzazione dei due nuovi protocolli si concluderà nel mese di dicembre 2018.

Bibliografia

1. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med.* 2008;52:126-36
2. Rastrelli G, Cavazza M, Cervellin G. Sovraffollamento in Pronto Soccorso. *Analisi del fenomeno e proposte di gestione.* *Emergency Care Journal* 2010;2:25-35
3. Yarmohammadian M, Rezaei F, Tavakoli N et al. Overcrowding in Emergency Departments: A review of Strategies to Decrease Future Challenges. *Journal of Research in Medical Sciences* 2017;22:1-9

PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ

L'implementazione del progetto, in considerazione della complessità delle variabili interne che intervengono, ha richiesto un tempo lungo per arrivare ad un consolidamento efficiente.

Tra i punti di forza sono emersi: la gratificazione da parte degli utenti e familiari che riconoscono nella figura infermieristica dedicata un valido supporto per avere informazioni sanitarie e diminuire il loro disagio psico/fisico; la soddisfazione nell'essere stati riconosciuti come modello per gruppi infermieristici di altre realtà extraregionali.





AREA INFETTIVOLOGICA DI RICOVERO

La valutazione della complessità assistenziale in ambito infettivologico

Dott.ssa De Angelis Alessia - Responsabile UOS Professioni Sanitarie Infermieristiche

Dott.ssa Patrizia Magrini Direttore Sanitario Aziendale

Dott. Nicola De Marco Coordinatore Infermieristico

Dott. Maurizio Vescovo Coordinatore Infermieristico

INMI L. Spallanzani IRCCS



ABSTRACT

Nella panoramica internazionale e nazionale esistono una variabilità di metodi per la determinazione della complessità assistenziale. Disporre di tali strumenti è fondamentale anche nell'ambito clinico-assistenziale delle malattie infettive perché la casistica che perviene al ricovero presenta una discreta variabilità stagionale ed è fortemente dipendente da situazioni epidemiologiche che attraversano la popolazione, potendosi verificare frequentemente il ricovero di pazienti che presentano in gran numero, anche improvvisamente e inaspettatamente, la medesima patologia infettiva, con conseguente grande variazione nel tempo del carico assistenziale che il personale si trova a gestire nella struttura. Tuttavia in tale contesto non vi è uno strumento che possa determinare la complessità assistenziale ed il carico di lavoro infermieristico che ne deriva.

Il progetto ha previsto la costruzione e la validazione di una scala per la valutazione della complessità assistenziale nell'ambito infettivologico

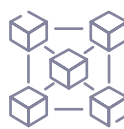
offrendo un valido contributo all'attività di definizione e monitoraggio dei livelli di organico.



OBIETTIVI

Costruzione di uno strumento per la valutazione della complessità assistenziale nell'ambito infettivologico.

Correlare la complessità assistenziale ad un'equa distribuzione del carico di lavoro ed una appropriata dotazione organica.



METODO

È stato effettuato uno studio osservazionale includendo tutti i pazienti ricoverati presso i reparti di malattie infettive dell'INMI L. Spallanzani

IRCCS nel mese di novembre 2017.

Strumento

Nelle aree di degenza è stata valutata la complessità e la dipendenza assistenziale attraverso una scala denominata Indice della Complessità Assistenziale e della Dipendenza Assistenziale nel paziente con Malattia Infettiva (ICA-DAMI) che deriva da una crasi tra due strumenti ampiamente utilizzati nel panorama nazionale l'Indice di Complessità Assistenziale - ICA e l'Indice di Dipendenza Assistenziale - IDA secondo il modello teorico delle Prestazioni Infermieristiche della Cantarelli ed adattandola allo specifico setting clinico infettivologico dopo analisi di contenuto e facciata con i Coordinatori infermieristici. Le variabili considerate sono 11 con un punteggio da 1 (alta complessità) a 4 (bassa complessità):

1. Assicurare l'alimentazione
2. Assicurare l'eliminazione (alvo ed urine)
3. Assicurare l'igiene ed il confort
4. Assicurare il movimento
5. Eseguire le procedure diagnostiche
6. Applicare le procedure terapeutiche
7. Percezione sensoriale (riposo e sonno)
8. Assicurare la respirazione
9. Interazione alla comunicazione
10. Assicurare un ambiente sicuro
11. Isolamento/precauzione per la trasmissione

Il cut off delle varie Classi di Gravità (Alta-Media-Bassa Complessità) è stato ponderato rispetto a quello utilizzato e validato per l'IDA.

Disegno del progetto e Contesto d'indagine

La scala ICA-DAMI è stata compilata la mattina di ogni venerdì per un mese, ovvero per 4 settimane consecutive ad ogni paziente ricoverato nei reparti di malattie infettive dell'INMI L. Spallanzani.

Analisi dei dati

Per l'analisi statistica è stato utilizzato il software SPSS v. 19 utilizzando analisi sia descrittive che inferenziali ($p < .05$).



RISULTATI

Il campione di convenienza è costituito da 497 pazienti con un'età media pari a 50,5 anni ($DS=16,8$).

Risultati analisi di validità ed affidabilità della scala ICA-DAMI

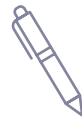
L'analisi fattoriale esplorativa con metodologia di estrazione dell'asse principale e rotazione varimax è stata effettuata per esplorare la validità di costrutto della scala ICA-DAMI. Le assunzioni sono rispettate ovvero il test di sfericità di Bartlett ($p=.00$), il TEST KMO (Kaiser-MeyerOlkin) ($KMO = 0,83$). L'estrazione di autovalori >1 e l'analisi del grafico dei pesi fattoriali evidenzia che tutte le variabili si pongono all'interno di un solo spazio, dimostrando l'ipotesi di un solo fattore sottostante la scala. La varianza spiegata dal modello è del 51,4%. L'affidabilità della scala è molto buona (alfa di Cronbach = 0,911) e nel test di split half il valore di Guttman è 0,833. Il test di addittività di Tukey è pari a 0,89 quindi molto buono e simile al valore dell'alfa di Cronbach per cui è possibile sommare gli item per ottenere un punteggio totale.

Analisi variabili della scala ICA-DAMI

La scala ICA-DAMI presenta valori che sommati vanno da 11 a 44. La media delle valutazioni effettuate presso l'INMI è 35,75 ($DS=7,8$) con un

range da un min di 12 ad un max di 44. I risultati evidenziano che il 66% dei pazienti ($n=347$) presentano una bassa complessità, il 25% ($n = 128$) una media complessità ed il 9,3% ($n=49$) un'alta complessità assistenziale.

Inoltre, il 20,8% ($n=142$) dei pazienti è sottoposto a misure di isolamento respiratorio.



CONCLUSIONI

I risultati, unici nel panorama nazionale ed internazionale in ambito infettivologico, rappresentano la base per la realizzazione di interventi gestionali

- organizzativi che tengano conto

della reale complessità assistenziale. La gestione e programmazione delle risorse umane comporta quotidianamente criticità organizzative che potrebbero essere risolte attraverso una appropriata riallocazione del personale in base alla reale complessità assistenziale dei pazienti.

PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ

La scala ICA-DAMI presenta una varianza della complessità assistenziale pari al 55% dunque un valore molto buono ma la restante, non essendo spiegata dal modello, è attribuibile ad altri fattori riconducibili alla variabilità delle condizioni del paziente. Il principale limite dello studio risiede nella breve finestra temporale (solo un mese) di conduzione. Saranno necessari ulteriori indagini anche di tipo longitudinale per confermare i risultati emergenti. Inoltre, tale analisi non ha tenuto conto il calcolo del fabbisogno del personale OSS al quale si rimanda ad una futura analisi in previsione di una sua implementazione nei diversi setting clinico-assistenziali.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Coordinatori Infermieristici
Direzione delle Professioni Sanitarie



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Tali dati saranno utili per la realizzazione di un progetto longitudinale dove saranno valutati per almeno 4 mesi i pazienti attraverso lo strumento ICA-DAMI validato.

ICTUS RIABILITAZIONE

Percorso riabilitativo unico integrato per il paziente con Ictus AO dei Colli

Dott.ssa Di Martino Maria Valeria – Direttore Servizio Integrato Professioni Sanitarie

Dott.ssa Marina Ciriello – Direttore attività formative e tirocinio corso di laurea in fisioterapia

Azienda Ospedaliera dei Colli Monaldi – Cotugno – CTO Regione Campania



AREA DI INTERVENTO DEL PROGETTO

L'Ictus è una malattia ad elevato tasso di incidenza e mortalità che coinvolge un gran numero di persone, particolarmente anziani, e che costituisce la seconda causa di morte nel mondo. I sopravvissuti spesso presentano significative limitazioni fisiche, cognitive e psicologiche con un gran numero di soggetti con ridotta partecipazione ed aumentata dipendenza che generano alti costi sociali.

La definizione di un percorso riabilitativo unico integrato per la gestione dei pazienti con ictus nei vari setting terapeutici ha lo scopo di ridurre la notevole variabilità di erogazione di prestazioni sanitarie, eliminare il più possibile i ritardi ed attività superflue, assicurare la continuità e il coordinamento dell'assistenza, ridurre al minimo i rischi per i pazienti e migliorare gli esiti.

L'Azienda dei Colli accoglie questa tipologia di pazienti presso i tre presidi che la costituiscono, Monaldi, Cotugno e CTO.

All'interno del presidio CTO è presente il reparto di Neurologia, che accoglie i pazienti con Ictus acuto, ed il reparto di Recupero e Rieducazione Funzionale, che accoglie i pazienti con esiti di Ictus candidati alla Riabilitazione Intensiva (2 posti letto dedicati).

I pazienti con Ictus possono essere ricoverati anche presso altri reparti e presso le rianimazioni dei tre presidi, inviati da altri reparti, per problematiche di interesse infettivologico, per esempio, presso il Cotugno, o di interesse cardio-vascolare, o respiratorio, presso il Monaldi.

Presso il PO Monaldi inoltre si verificano anche casi di Ictus intraospedalieri (inpatient stroke nella letteratura medica) che insorgono come complicanza di altra patologia (cardiologica, oncologica, per lo più) o come complicazione di procedure diagnostico – terapeutiche invasive (coronarografie, interventi su cuore e grossi vasi).

ABSTRACT



Con DCA n.23 del 10/03/2015 la Regione Campania approva il Percorso riabilitativo unico integrato per il paziente con Ictus, con l'obiettivo di definire le principali indicazioni per la realizzazione di un uniforme modello organizzativo basato sull'integrazione interdisciplinare, interprofessionale e intersettoriale mirato alla

effettiva attuazione del percorso dalla fase acuta sino al ritorno al domicilio, garantendo la presa in carico riabilitativa precoce, l'effettiva realizzazione del Progetto Riabilitativo Individuale quale strumento di continuità assistenziale e di interventi integrati tra i vari setting di cura, ospedalieri e territoriali e la dimissione programmata e protetta, sulla base delle Raccomandazioni delle maggiori Linee Guida EBM riguardanti l'Ictus (SPREAD, NICE; Canadesi e Australiane).

L'Azienda dei Colli, con delibera del 24 luglio 2015 formalizza il Percorso Aziendale per la presa in carico dei pazienti con esiti Ictus in tutti e tre i presidi che la costituiscono, Monaldi Cotugno e CTO, con l'obiettivo di dare attuazione alle indicazioni del DCA 23. Successivamente con Decreto 23 del 31 marzo 2016 la Regione Campania approva le linee di indirizzo per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza (Percorso riabilitativo unico integrato per il paziente con Ictus definito con D.C.A. n. 23 del 10.3.2015 con il quale definisce le raccomandazioni di buona pratica clinica per fase acuta e post-acuta secondo le indicazioni delle maggiori Linee Guida EBM riguardanti l'Ictus).



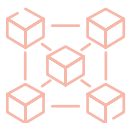
OBIETTIVI

Appropriatezza della presa in carico.
Realizzazione della continuità del percorso riabilitativo.
Miglioramento della qualità

dell'assistenza offerta ai pazienti.

Elementi cardine sono: la presa in carico riabilitativa tempestiva e l'affidamento ad un team esperto (stroke team), la continuità del percorso riabilitativo attraverso il passaggio tra i diversi setting appropriati e il collegamento tra le attività ospedaliere e quelle territoriali.

Per garantire tutto ciò si è stabilito che dovessero essere realizzate azioni per favorire la condivisione di protocolli di intervento diagnostico-terapeutico, la formazione del personale, il monitoraggio e la verifica della qualità e dell'appropriatezza del percorso, la diffusione della conoscenza, l'integrazione con il territorio.



METODO

Viene costituito un gruppo di lavoro interdisciplinare che predispone tra l'altro la documentazione necessaria (cartella Riabilitativa specifica per fase acuta e post-acuta, modulistica da utilizzare per le comunicazioni interne e con i distretti) e viene prevista una divisione del percorso in tre fasi:

Fase 1: Presa in carico precoce

Fase 2: Dimissione dalla U.U.O.O. di ricovero acuti

Fase 3: Ricovero in U.O.C. di Riabilitazione Intensiva del presidio CTO

Viene stabilito che per la fase 1, nelle U.O.C. dove sono ricoverati i pazienti con sospetto di lesione cerebrale acuta, venga richiesta tempestivamente consulenza neurologica; il neurologo valuta la presenza delle condizioni previste dal percorso, attiva il team costituito dallo stesso neurologo, dal fisiatra, dal fisioterapista, dal logopedista e dallo psicologo.

In questa fase viene effettuato lo screening per la disfagia, la valutazione degli esiti entro 48 ore, la predisposizione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), la classificazione secondo Core Set ICF, l'intervento riabilitativo necessario, la comunicazione alla UO di Riabilitazione di residenza del paziente dell'avvenuta presa in carico, il coinvolgimento dei familiari. Viene quindi programmato e poi effettuato il trasferimento ad altro setting, secondo le modalità previste dal percorso.

Gli indicatori di processo di questa fase stabiliti sono:

% dei pazienti presi in carico dal team riabilitativo entro le 48 ore dal ricovero

% dei pazienti che sono stati sottoposti a screening per la disfagia

% dei pazienti per i quali viene redatto il PRI

% dei pazienti per i quali viene redatto il CoreSet ICF

% dei pazienti per i quali risultano formalizzati incontri di formazione e informazione con i familiari

N. giornate di degenza



La fase 2 inizia quando le condizioni cliniche sono stabilizzate, il paziente è in ventilazione spontanea, e sono venuti meno la necessità di monitoraggio e trattamento intensivo. Gli obiettivi di questa fase sono: la dimissione dalla U.O.C. per acuti entro 10 giorni dal ricovero, accompagnata dalla rivalutazione del team per la corretta individuazione delle necessità riabilitative successive e del setting appropriato (ricovero ordinario in codice 56, in DH codice 56, assistenza riabilitativa domiciliare o ambulatoriale); la trasmissione di copia del PRI aggiornato alla UO di Riabilitazione del distretto di residenza del paziente ed al Medico di medicina generale. In caso di mancanza di posti letto presso la U.O.C. di Riabilitazione del presidio CTO viene inviato presso struttura esterna.

Gli indicatori di processo di questa fase sono:

% pazienti dimessi dalle U.O.C. per acuti entro 10 giorni dal ricovero

% pazienti per i quali è stato aggiornato il PRI

% pazienti trasferiti direttamente in ricovero ordinario e in DH per riabilitazione intensiva sul totale di quelli previsti dai progetti riabilitativi

% pazienti dimessi e inviati all'assistenza territoriale sul totale di quelli previsti dai progetti riabilitativi

% pazienti per i quali si sia programmato il collegamento con le UOAR territoriali di residenza per il proseguimento del trattamento sul totale di quelli previsti dai progetti riabilitativi.

La fase 3 è relativa al Ricovero nella U.O.C. aziendale di Riabilitazione Intensiva codice 56. I pazienti all'ingresso vengono sottoposti, entro i primi 4-5 giorni, a nuova valutazione secondo il modello di cartella stilata per la fase post-acuta, con Core set ICF in forma comprensiva. Il percorso prevede che i programmi devono essere rivalutati dopo 10-15 giorni dall'ingresso ed avere una durata non superiore ai 60 giorni (con media di 45 giorni). Le indicazioni per la dimissione riguardano la superamento della necessità di assistenza specialistica e di nursing h 24 e il livello di autonomia nelle ADL raggiunto dal paziente. Almeno 7 giorni prima della dimissione viene riaggiornato il PRI e inviato alla UOAR di residenza corredato anche della indicazione di ausili e protesi necessari, dopo aver concordato con i familiari il progetto riabilitativo. Copia viene trasmessa al medico di medicina generale.

Obiettivi di questa fase sono: continuità dei programmi riabilitativi della fase acuta e quella intensiva, aggiornamento del PRI a 4-5 giorni dal ricovero, rivalutazione dopo 10-15 giorni dal ricovero, rispetto della durata massima del ricovero, collegamento con la UOAR territoriale e trasmissione del progetto per la prosecuzione del

trattamento a livello ambulatoriale o domiciliare.

Gli indicatori di processo di questa fase stabiliti sono:

% di Progetti Riabilitativi Individuali applicati sul totale di quelli definiti dal team in fase acuta

% dei pazienti rivalutati dopo 10-15 giorni dal ricovero

% dei pazienti per i quali il ricovero si è concluso entro i 60 giorni

% di proposte di progetto inviate alla UOAR territoriale



RISULTATI

L'AO dei Colli, grazie al progetto finanziato nell'ambito della Linea

Progettuale 3 "Implementazione del

Piano di indirizzo per la riabilitazione di

cui all'Accordo Stato-Regioni del 10/02/2011", ha rafforzato il team riabilitativo dedicato alla presa in carico dei pazienti con ictus composto da: medici Specialisti in Riabilitazione, Medici Specialisti in Neurologia, Fisioterapisti, Logopedisti, Psicologo e Assistenti Sociali.

Sono state previste e poi attuate attività di formazione specifica per la presa in carico dei pazienti con ICTUS rivolte al personale medico, infermieristico e riabilitativo dei reparti interessati all'eventuale ricovero dei pazienti in fase acuta e post-acuta.

Sono stati strutturati gli strumenti per la presa in carico:

- Protocollo di valutazione e trattamento secondo le Linee di Indirizzo del DCA 23/2016 che hanno dato le indicazioni cliniche per la presa in carico riabilitativa
- Cartella Riabilitativa per l'aggiornamento puntuale della documentazione clinica
- Modello di Progetto Riabilitativo Individuale che accompagna il paziente alla dimissione/trasferimento ad altro setting assistenziale
- Modulistica per le comunicazioni esterne (distretti ASL e strutture esterne)

Sono state messe a punto due cartelle riabilitative specifiche per le fasi, acuta e post-acuta ed un manuale per la compilazione (istruzioni d'uso per la cartella riabilitativa fase acuta stroke).

Presso la U.O.C. di Riabilitazione e Recupero Funzionale n. 2 posti letto sono stati dedicati alla riabilitazione intensiva post acuta e accolgono i pazienti trasferiti direttamente dalla fase acuta. Il team viene attivato entro 24 ore dal ricovero del paziente presso tutte le UU.OO. dei tre Presidi ospedalieri dell'Azienda attraverso un sistema di messaggistica istantanea che consente ai vari professionisti di essere rapidamente al letto del paziente per iniziare le valutazioni del caso e la presa in carico viene realizzata attraverso

procedure che prevedono la valutazione, la definizione del Progetto Riabilitativo Individuale e la realizzazione dei Programmi Riabilitativi specifici per gli esiti rilevati. Viene aperta la cartella riabilitativa e ciascun componente del team registra gli esiti delle valutazioni di propria competenza. Contestualmente viene inviata, al distretto di residenza del paziente, comunicazione di avvenuta presa in carico. Nei giorni seguenti vengono realizzati i programmi specifici per ciascuna delle problematiche evidenziate dalle valutazioni e, prima della dimissione, il Progetto Riabilitativo viene definito e trasmesso sia al distretto di residenza del paziente che alla struttura sede del setting individuato dal team ospedaliero come il più appropriato a proseguire il percorso riabilitativo nella fase post acuta.

Le azioni previste per la presa in carico sono così di seguito riassunte;

1. Al momento del ricovero o al verificarsi di un ictus intraospedaliero viene effettuata visita neurologica
2. Accertata la presenza dei criteri di arruolamento nel percorso, il neurologo attiva il team, attraverso sistemi di messaggistica veloce, segnalandone la necessità in cartella clinica
3. Tutti i componenti del team ricevono contestualmente la comunicazione del caso da prendere in carico ed entro 24/48 ore si recano presso la U.O.C. nella quale è ricoverato il paziente
4. Viene trasmessa comunicazione di avvenuta presa in carico al distretto di residenza del paziente
5. Viene aperta la Cartella riabilitativa che diventa parte integrante della cartella clinica e i diversi professionisti procedono, ciascuno secondo le proprie competenze, alla somministrazione dei test e alle scale utili alla valutazione
6. Viene svolta una riunione del team con funzione di audit clinico al termine della quale viene redatta bozza del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)
7. Se si ipotizza che al termine della fase acuta sia necessario il trasferimento in struttura di riabilitazione viene inviata tempestivamente la richiesta alle strutture regionali ritenute appropriate
8. Durante tutto il periodo di ricovero il paziente viene sottoposto ai trattamenti previsti dagli specifici programmi riabilitativi secondo gli obiettivi condivisi nel PRI
9. All'atto della dimissione/trasferimento, il paziente viene affidato alle strutture indicate come appropriate cui viene inviato il Progetto Riabilitativo Individuale che contiene gli

elementi necessari alla prosecuzione della presa in carico

10. Se il paziente viene trasferito presso la U.O.C. di Riabilitazione Intensiva del PO CTO il team riabilitativo dedicato procede all'implementazione del PRI e alla definizione degli obiettivi da raggiungere a medio termine attraverso programmi riabilitativi realizzati in regime di ricovero ordinario e di DH.

FASE ACUTA

- N. 802 pazienti presi in carico, di cui 618 al CTO
- Il 68,6% dei pazienti presi sono stati in carico dal team riabilitativo entro le 48 ore dal ricovero
- Il 91,5% dei pazienti sono stati sottoposti a screening per la disfagia
- Per il 66% dei pazienti è stato redatto il PRI (il restante 34% manca per tre cause, decesso 10%, mancata segnalazione 22%, uscita dal percorso 2,7%)
- Per il 96,1% dei pazienti è stato redatto il CoreSet ICF
- Per il 21% dei pazienti risultano formalizzati incontri di formazione e informazione con i familiari
- I pazienti dimessi dalle U.O.C. per acutentro 10 giorni dal ricovero al CTO sono il 100%, degenza media 9,8)
- I pazienti ricoverati presso Monaldi e Cotugno hanno una degenza media di 28 giorni, ma questo dato era prevedibile data la tipologia di paziente complesso che insiste presso questi due presidi
- Per l'8% pazienti di questa fase è stato aggiornato il PRI, questo per la durata spesso breve del ricovero in fase acuta al CTO
- Per l'89,5% pazienti è stato programmato il collegamento con le UOAR territoriali di residenza per il proseguimento del trattamento sul totale di quelli previsti dai progetti riabilitativi 66% di proposte di progetto inviate alla UOAR territoriale

FASE POST-ACUTA

- N44 pazienti ricoverati in Reparto codice 56
- 100% di Progetti Riabilitativi Individuali applicati sul totale
- 100% dei pazienti rivalutati dopo 10-15 giorni dal ricovero
- 95% dei pazienti per i quali il ricovero si è concluso entro i 60 giorni
- 100% di proposte di progetto inviate alla UOAR territoriale



CONCLUSIONI

La presa in carico precoce è la premessa indispensabile alla riduzione delle complicanze secondarie e/o delle limitazioni funzionali oltre

all'affidamento del paziente ad un team esperto e la continuità del percorso riabilitativo attraverso il passaggio tra i diversi setting appropriati e il collegamento tra le attività ospedaliere e territoriali. L'AO dei Colli ha attivato tutte le procedure più idonee per garantire la necessaria integrazione interdisciplinare, interprofessionale e intersettoriale definendo le relazioni funzionali sia tra le diverse realtà organizzative sia all'interno di ciascuna di esse.

Sono stati seguiti oltre 802 pazienti ricoverati in diverse UO per acuti: Neurologia, Chirurgia Vascolare, Cardiologia, Medicina, Rianimazione, Pneumologia, Chirurgia Generale.

L'uscita dal percorso per le prime due fasi ha visto il 25% dei pazienti inviati al codice 56, 18% a domicilio, il 5% in codice 60, 1% in codice 75, il 10% deceduti, il 14% in ambulatorio, il 22% non hanno avuto indicazione a proseguire nel percorso

La complessità della condizione clinica dei pazienti ricoverati presso il presidio Monaldi e Cotugno giustifica la durata media di degenza più alta.

La redazione del PRI non è stata sempre possibile per l'uscita precoce dal percorso.

Di certo il percorso è ormai implementato adeguatamente ed ha favorito la continuità della presa in carico riabilitativa, la presa in carico multidisciplinare e l'uniformità nelle attività riabilitative.

Le problematiche relative alla comunicazione via telefono e via fax con i distretti sono stata quasi completamente risolte con l'attivazione di una PEC specifica per il percorso.

PUNTI DI FORZA

Facilitazione del lavoro in team multidisciplinare

Uniformità nelle attività riabilitative

Continuità della presa in carico riabilitativa

Introduzione di una logica per processi

Coinvolgimento del territorio

CRITICITÀ

Resistenze al cambiamento

Difficoltà ad organizzare le riunioni di audit

Difficoltà a contattare le UOAR territoriali, risolta in parte con attivazione di PEC



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Fisioterapisti, logopedisti, infermieri, fisiatri, neurologi, psicologo, nutrizionisti, assistenti sociali, medici di altre specialità, all'occorrenza.



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

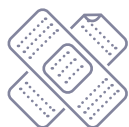
La presa in carico dei pazienti secondo le procedure previste dal percorso è attiva dal mese di gennaio 2016 a tutt'oggi.



U.O. PNEUMOLOGIA VITO FAZZI (UNITÀ OPERATIVA PILOTA)

Dimissione infermieristica lettera di dimissione ospedaliera

Dott.ssa Fiorella Fabrizio ASL Lecce Regione Puglia



ABSTRACT

Premessa:

la lettera di dimissione dei pazienti dalla U.O. contemplava l'iter diagnostico/terapeutico e le prescrizioni farmaceutiche da seguire nel post ricovero. Si è evidenziata la necessità, vista anche la fragilità dei pazienti dimessi dalla nostra U.O., di integrare la lettera di dimissione con le indicazioni di "care" da continuare a domicilio o presso strutture di accoglienza RSA/RSSA e la possibilità di attivare (isorisorse) un servizio call center telefonico infermieristico per le prime ore delle dimissione (14-20), così da rispondere ad eventuali dubbi sorti nell'immediato post dimissione.

La preparazione alla dimissione è responsabilità del medico e dell'infermiere, insieme e per le proprie competenze devono fornire al paziente e a chi lo assiste (caregiver formale o informale) le informazioni necessarie e in molti casi trasferire tecniche procedurali per assumere, alimenti, terapie, riconoscere e gestire presidi vari, identificare precocemente complicanze.

Quanto sopra esposto è un diritto del paziente, che deve essere coinvolto e accompagnato nella dimissione¹.

La continuità ospedale territorio attualmente è

garantita dalla dimissione ospedaliera protetta², ma "un ospedale per la promozione della salute estende la sua responsabilità al di là degli stretti confini degli episodi clinici acuti, o di alta fragilità, coopera con la comunità a promuovere concetti globali di assistenza, cura e prevenzione"³, in quest'ottica gli infermieri hanno un ruolo rilevante e specifico, sono i professionisti che nella degenza garantiscono la corretta applicazione delle procedure diagnostiche terapeutiche, individuano i bisogni correlati al quadro patologico garantendo nella relazione assistenziale una funzione educativa tendente al massimo del self care o alla formazione del caregiver, favorendo l'interazione con altri professionisti che si interfaceranno con loro garantendo anche la vera natura della continuità assistenziale⁴.

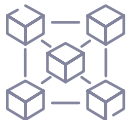


OBIETTIVI

- Garantire una corretta formazione e informazione sulle procedure infermieristiche attuate durante il ricovero
- Garantire una corretta formazione e informazione sulle procedure infermieristiche da continuare a domicilio o struttura residenziale (gestione catetere vescicole, accessi vascolari,

medicazioni, ventiloterapia, tracheotomia, peg, etc.) attraverso una documentazione che accompagna la lettera di dimissione ospedaliera (medica)

- Attivare un call center telefonico (0832661581 infermeria) per le prime ore di dimissione così da fornire informazioni suppletive o dirimere eventuali dubbi a domicilio (14.00 - 20.00)
- Rendere visibile la competenza infermieristica nella formazione dei pazienti e caregiver.



METODO

Il progetto prende origine da alcuni elementi di diseguità, evidenziate dal coordinatore dell'U.O. e subito condivisa da alcuni infermieri, nella gestione di dimissioni protette e dimissioni ordinarie a soggetti che non rientrando strettamente alla eleggibilità, presentavano elementi di fragilità o complessità. Si è inizialmente effettuata un'analisi di contesto e ne risultava che nella lettera di dimissione alcuni medici oltre alle indicazioni farmacologiche e di ossigeno terapia, citavano la presenza del catetere vescicale da "sostituire ogni 30gg" e dell'accesso venoso "presente AVP", mancando sia indicazioni gestionali appropriate, che la verifica che tale gestione fosse stata insegnata come metodica (quando possibile per le condizioni di self care o presenza di caregiver).

Il progetto è stato svolto secondo le seguenti fasi:

ottobre 2018

- Definizione di GDL (gruppo di lavoro), che è stato autorizzato dal Direttore dell'U.O.C. in sinergia con la Direzione Infermieristica Aziendale⁵
- Costruzione e definizione di un format standard che esplicitasse i bisogni rilevati all'ingresso, le diagnosi, gli interventi e gli outcome raggiunti, le indicazioni per la continuità delle cure da regimere al momento della dimissione.
 - (Coordinatore e 5 infermieri) che hanno comparato alcuni modelli scaricati da internet e riguardanti la regione Piemonte, Emilia Romagna e Hospice Salemi (TP)
- Informazione (personale medico) e formazione (riunioni e sul campo) personale infermieristico con metodologia Lean⁶ e simulazione di dimissioni.

novembre 2018

- Sperimentazione Compilazione lettera di dimissione infermieristica per i pazienti dimessi nel mese di dicembre 2018
- Feed back durante la sperimentazione (criticità e abilità)

dicembre 2018

- Reportistica e decisione di non sospendere la sperimentazione
- Elaborazione dati e redazione elaborato per il progetto "Buone Pratiche" e la Dirigenza Infermieristica ASL Lecce
- gennaio 2019 Elaborato reso definitivo ed inviato entro il 23/01/2019



RISULTATI

Nel mese di dicembre sono state effettuate il 100% delle lettere di dimissioni Infermieristiche sono stati coinvolti ed hanno aderito 11/18 Infermieri.

Alcuni familiari hanno avuto necessità di un consulto telefonico dopo la dimissione e la procedura di consegna e informazioni dettagliate è stato molto apprezzata (nella verifica di seconda fase si procederà ad un feed back telefonico). La fase sperimentale sta continuando per volere degli stessi infermieri e del Direttore U.O.

⁵Saiani L, Palese A, Brugnolli A, Benaglio C, "La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri", in: Assistenza infermieristica e Ricerca 2004;23(4):233-49.

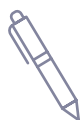
²Nota prot.3706 dell'11-03-2016

³CEDEAS NEWS: newsletter n. 6 – ottobre 2002

⁴Ministero della salute- Manuale elaborato dal Gruppo di lavoro "Implementazione della qualità e sicurezza dei servizi assistenziali erogati nelle Farmacie di comunità, di cui al D.D. 4-09-2012"

⁵Mail: richiesta del 11/10/2018 con richiesta di autorizzazione Mail: risposta con autorizzazione 15/10/2018

⁶Governare i processi per governare l'impresa. Lean Six Sigma. Metodologia scientifica applicata per Kaizen Leader & Green Belt di Gabriele Arcidiacono, Claudio Calabrese, Kai Yang



CONCLUSIONI

Il progetto sta dimostrando una forte valenza di presa in carico della persona assistita e del caregiver, dovendo instaurare rapporti educazionali (sia su modalità di adeguamento a nuovi stili di vita terapeutici, che di acquisizione di abilità per la gestione a domicilio di presidi).

Gli infermieri stessi sono promotori di miglorie sia di struttura della lettera di dimissione (in alcuni casi nemo complessi o con dimissioni di restituzio ad integrum, in particolare con soggetti giovani e/o autosufficienti) che nella tempistica di preparazione e consegna, tempi anche differibili.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

(novembre/dicembre 2018)

Coordinatore Fiorella Fabrizio

Infermieri Progettisti

Anna Rita De Pascalis, Valentina Baldassarre, Zaira Frassanito, Alessandra Martina, Antonio Pantaleo, Lucia De Matteis

Infermieri di Processo

Valentina Baldassarre, Zaira Frassanito, Alessandra Martina, Antonio Pantaleo, Lucia De Matteis, Chiara Caracciolo, Maria Rosaria Castrioto, Ruggio Antonella, Maria Laura Tedesco, Gabriella Primitivo, Roberta Fanfani, Vincenzo Talò, Antonio Perrone, Rossella Negri, Sara Coi, Fiorella Fabrizio (Coord.re)



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Dal 01/11/2018 al 01/12/2018

In proroga.

PUNTI DI FORZA

In tutti i turni è presente un Infermiere che sa elaborare la dimissione.

Dare indicazioni complete sulla gestione dei presidi attività di vita quotidiana: maschere per ventiloterapia, gestione sanificazione giornaliera e sostituzione catetere vescicale tipo, gestione quotidiana e data per la sostituzione accesso venoso tipo, gestione quotidiana e data per la sostituzione alimentazione, eliminazione, movimentazione, igiene.

Motivazione al team su processi di miglioramento continuo. Miglioramento delle fasi di accettazione ed individuazione dei bisogni e degli interventi, con una migliore valutazione degli outcome finali.

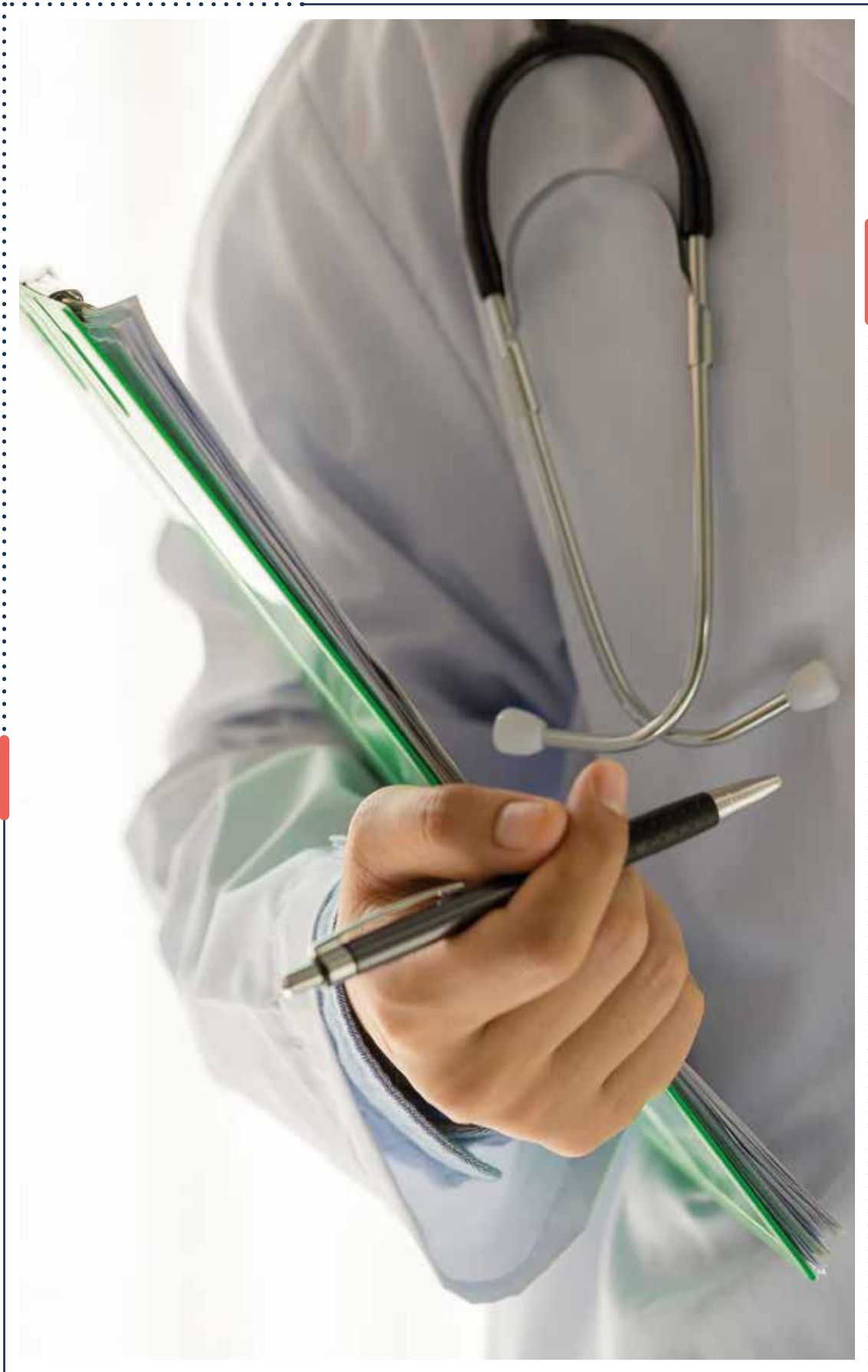
Rispondere telefonicamente a dubbi o difficoltà riscontrate dopo la dimissione a domicilio.

CRITICITÀ

Non tutti gli infermieri hanno aderito ad oggi alla compilazione delegando il collega turnista o uno dei giornalieri.

Poca confidenza con il modello word utilizzato, per cui alcune schede sono state soprascritte invece di redigere il "nuovo modello" comportando una perdita di dati informatici che devono essere successivamente recuperati dalle cartelle cliniche e scanditi. La lettera di dimissione mette in evidenza una difformità di analisi dei bisogni alcuni non aderenti al modello utilizzato oppure sottostimati.

Tempo insufficiente se in contemporanea urgenze o carenza di personale



DIPARTIMENTO CHIRURGICO, U.O.S.D.
GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
ASST VIMERCATE A CUI AFFERISCONO:
ENDOSCOPIA DIGESTIVA, ENDOSCOPIA UROLOGICA,
ENDOSCOPIA BRONCHIALE, ENDOSCOPIA
GINECOLOGICA, ED ENDOSCOPIA ORL

Elaborazione e introduzione di una Scheda Integrata per ogni disciplina appartenente all'Unità Operativa Semplice di Endoscopia

*Dott.ssa Fumagalli Maria Adele - Responsabile SITR Polo
Ospedaliero*

Giardini Vincenza - Coordinatore U.O.S.D. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

Cantù Elisabetta - infermiera U.O.S.D. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

Panneri Cinzia - infermiera U.O.S.D. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

ASST Vimercate Lombardia Monza Brianza



ABSTRACT

La documentazione sanitaria rappresenta la traccia oggettiva dell'agire dei professionisti della salute ed è parametro di misurazione della crescita professionale e del processo clinico assistenziale. La necessità e l'obbligo di una documentazione adeguata sono l'espressione dell'autonomia e della responsabilità professionale. La documentazione sanitaria attesta gli eventi e le attività che si verificano durante i processi di assistenza,

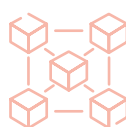


costituendo uno strumento di valore sia sul piano clinico, scientifico e didattico, oltre che giuridico, sia per il cittadino che per il professionista sanitario. L'utilizzo di uno strumento efficace, sistematico e condiviso tra gli operatori consente di erogare un livello di cure di elevata qualità e sicurezza, di personalizzare l'assistenza, integrare l'équipe e promuovere la continuità assistenziale.



OBIETTIVI

- Fornire un modello condiviso di scheda integrata tra le diverse professionalità e specialità di endoscopia, per uniformare il percorso assistenziale della persona sottoposta a procedure endoscopiche.
- Documentare l'assistenza medico infermieristica rispettando gli standard di qualità e sicurezza, le linee guida, le EBP e i documenti aziendali.
- Erogare prestazioni sanitarie standardizzate e specifiche per ogni singola specialità di endoscopia.
- Uniformare i percorsi di accesso al Servizio di tutti gli utenti (ambulatoriali e ricoverati).
- Sensibilizzare i professionisti sanitari all'uso della documentazione clinico assistenziale.



METODO

Il progetto si è articolato in una **prima fase** di analisi degli strumenti utilizzati nelle varie specialità endoscopiche di Vimercate, che ha messo in evidenza la necessità di creare uno strumento comune per pianificare e documentare l'assistenza erogata.

In una **seconda fase**, attraverso l'organizzazione di un corso di formazione continua mediante gruppo di miglioramento composto da medici, infermieri e coordinatore dell'U.O.S.D. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, sono stati analizzati le schede in uso al fine di evidenziarne i punti di forza e di debolezza e sono stati condivisi i criteri per l'elaborazione dello strumento "scheda integrata" al fine di rispondere alle diverse necessità di contesto rispettandone le specificità.

I principi cardine di riferimento che hanno accompagnato i professionisti nell'elaborazione della scheda integrata sono stati:

- L'Evidence Based Practice
- Le procedure interne aziendali
- La qualità e sicurezza delle cure

La **terza fase** del progetto ha previsto l'uso dello strumento per un periodo sperimentale durato due settimane. Al termine della fase di sperimentazione, sono state prese in considerazione le criticità emerse e con il supporto del Servizio Qualità Aziendale si è rielaborata una nuova scheda, la quale è stata sperimentata per un ulteriore periodo di due settimane a seguito del quale non sono emerse criticità.

La **quarta fase** del progetto ha previsto l'elaborazione di un modello di scheda integrata considerata come riferimento per l'ulteriore stesura di sette Schede Integrate specifiche per ogni discipline e tipologia di accesso dell'utente (ambulatoriale – ricoverato):

- S.I. Endoscopia Digestiva
- S.I. Terapie biologiche
- S.I. V.C.E.
- S.I. Broncoscopia
- S.I. Urologia
- S.I. Isteroscopia
- S.I. Endoscopia O.R.L. (piccoli interventi)

Le sette Schede Integrate si differenziano nello specifico negli atti di assistenza infermieristica specifici per ogni disciplina, seguono un criterio temporale; le registrazioni seguono cronologicamente il processo assistenziale:

- Identificazione paziente ed esame
- Raccolta dati
- Preparazione all'esame endoscopico
- Check list per la sicurezza in endoscopia
- Monitoraggio parametri vitali
- Prescrizione farmaci
- Durante la procedura
- Post-procedura
- Valutazione finale

Partendo dal presupposto che ogni persona che si sottopone ad esame endoscopico è riconosciuta "a rischio caduta" per la tipologia dell'esame stesso, nella scheda integrata sono pianificati gli atti assistenziali che devono essere assicurati al fine di prevenire le cadute.

Per rispondere agli standard di sicurezza è stata introdotta nella scheda integrata la check list per la sicurezza in Endoscopia Digestiva, predisposta nel rispetto di quanto definito nella "Procedura per la gestione della check list per la sicurezza in sala operatoria", nelle raccomandazioni dell'O.M.S. e del Ministero della Salute.

Sono state introdotte due scale di valutazione "Scala di Aldrete modificata" e scala "MPADSS" usate rispettivamente per la dimissibilità della persona dopo sedazione e la dimissibilità chirurgica ambulatoriale.

Alla scheda integrata di Endoscopia Digestiva ha fatto seguito la redazione di un modello di Istruzione Operativa con guida alla compilazione della scheda e successiva pubblicazione di entrambe sul sito aziendale.

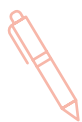


RISULTATI

Il progetto ha permesso di elaborare sette tipologie di schede integrate che si differenziano esclusivamente per gli atti di assistenza infermieristica specifici per

ogni disciplina, consentendo di:

- Migliorare l'organizzazione dei percorsi di accesso degli utenti che afferiscono al servizio di endoscopia
- Ottimizzare il processo di assistenza infermieristico
- Incrementare la consapevolezza degli operatori rispetto all'importanza del documentare
- Migliorare il passaggio delle informazioni in team
- Sostenere il neoinserito nella fase di addestramento
- Uniformare i comportamenti tra gli operatori nell'erogazione dell'assistenza del metodo di lavoro.



CONCLUSIONI

Pubblicazione sul sito aziendale della scheda integrata di Endoscopia Digestiva
Pubblicazione dell'Istruzione Operativa con guida alla compilazione della S.I. di

Endoscopia Digestiva.

Prossima pubblicazione delle restanti schede integrate ora in uso.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Coordinatore infermieristico,
Medici e infermieri dell'U.O.S.D.
Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva.



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Due anni intervallati da due periodi prova.

PUNTI DI FORZA

Miglioramento della qualità della documentazione sanitaria

Standardizzazione del processo assistenziale

Strumenti di lavoro personalizzati per il contesto di riferimento

Introduzione di scale di valutazione che attraverso indici predefiniti permettono una valutazione precisa e oggettiva.

Controllo e riduzione del rischio cadute

Contributo alla gestione del rischio clinico

CRITICITÀ

Difficoltà di collaborazione tra le varie figure professionali

Resistenza al cambiamento
Documentazione solo cartacea non informatizzata





DEGENZE OSPEDALIERE

Informatizzazione in sanità:

la pianificazione dell'assistenza infermieristica e il supporto decisionale

Dott.ssa Fumagalli Maria Adele - Responsabile SITR Polo Ospedaliero

Progettazione e realizzazione a cura dello staff: *Dott.ssa Mirella Andreola, Dott. Marco Vergani, Maggiolini Giuseppina, Cattaneo Imelde, Motta Cristina, Nava Ave, Sormani Luisa, Rota Alessandro, Valli Loredana*

ASST Vimercate Lombardia Monza Brianza



ABSTRACT

La pianificazione dell'assistenza infermieristica attraverso l'utilizzo del processo di assistenza infermieristica, rappresenta la metodologia adottata dall'infermiere per conferire attendibilità e validità intersoggettiva all'interpretazione e alla risoluzione efficace dei problemi pratici posti nei diversi ambiti operativi. Il metodo fondamentale della Disciplina Infermieristica in Italia è il processo di assistenza infermieristica, un metodo sistematico il cui scopo consiste nell'erogare al paziente in modo efficace un'assistenza personalizzata. Si tratta di un metodo dinamico che richiede creatività nella sua applicazione e può essere usato con pazienti di tutte le età e in qualsiasi ambito assistenziale. L'ASST di Vimercate utilizza il modello delle prestazioni infermieristiche quale paradigma per l'assistenza infermieristica.

Negli ultimi anni, la maggiore e diffusa disponibilità di tecnologie informatiche e di automazione ha permesso di studiare e implementare anche

nella nostra ASST progetti innovativi che hanno dimostrato non solo la fattibilità di un supporto decisionale ma anche l'implementazione all'interno della Cartella Clinica Elettronica di strumenti e tecniche, con cui raccogliere, analizzare ed elaborare preziose informazioni da utilizzare per supportare le decisioni assistenziali.

Il sistema consente di procedere alla pianificazione dell'assistenza Infermieristica attraverso un piano personalizzato o un piano standard; in entrambi i casi il professionista è supportato nelle migliori scelte.



OBIETTIVI

- Documentare l'assistenza infermieristica erogata
- Fornire supporto alle decisioni di assistenza infermieristica
- Erogare prestazioni infermieristiche di provata efficacia.
- Erogare prestazioni assistenziali in linea con i documenti aziendali



METODO

Il progetto completa l'implementazione della Cartella Clinica Elettronica iniziato nel 2010 presso il Presidio Ospedaliero di Vimercate. Sin dalla prima attuazione la Direzione Infermieristica ha definito e progressivamente sviluppato, in stretta collaborazione con i sistemi informativi aziendali,

lo strumento informatizzato finalizzato a documentare l'assistenza infermieristica erogata. Il modello delle prestazioni infermieristiche - modello concettuale adottato dall'azienda di Vimercate - è stato adattato nella versione digitale, nel rispetto del nucleo metafisico della teoria, rendendo evidenti le fasi del processo di assistenza infermieristica - raccolta e classificazione dei dati, identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, formulazione degli obiettivi, scelta e attuazione delle azioni infermieristiche e valutazione nello strumento digitale.

Per standardizzare il linguaggio in conformità con la documentazione aziendale (EBP), è stata utilizzata l'*International Classification for Nursing Practice e la classificazione Nursing Interventions Classification* degli interventi infermieristici.

La fase successiva ha visto la stretta collaborazione tra direzione infermieristica e colleghi delle

degenze; insieme hanno analizzato le necessità di pianificazione e predisposto trenta piani di assistenza infermieristica standard definendo per ciascun PAI:

- Il titolo
- La manifestazione
- Il bisogno
- L'obiettivo
- L'atto e la finalità
- La frequenza di utilizzo
- Il profilo che può/deve svolgere l'intervento.

Ad ogni PAI standard è stato associato uno o più obiettivi e le principali attività assistenziali necessarie per rispondere ai Bisogni di Assistenza Infermieristica specifici per la persona assistita e/o per la condizione clinica del paziente.

A titolo esemplificativo si riportano nella tabella sottostante alcuni PAI standard.

1. PERSONA AUTONOMA	12. ASSISTENZA PERIOPERATORIA GENERALE
2. PERSONA CON DIPENDENZA PARZIALE	13. ASSISTENZA PRE OPERATORIA GENERALE
3. PERSONA CON DIPENDENZA TOTALE	14. ASSISTENZA POST OPERATORIA GENERALE
6. PERSONA CON CATETERE VESCICALE	15. RISCHIO CADUTA
7. RISCHIO MALNUTRIZIONE	16. RISCHIO CADUTA INDIRIZZO GUIDA
8. PERSONA CON CATETERE VENOSO CENTRALE	17. RISCHIO CADUTA SOSTITUIRE
9. PERSONA CONTENUTA	18. DISSEZIONE DEL COLLO
10. PERSONA A RISCHIO INSORGENZA LESIONE DA PRESSIONE	19. STOMIE
11. PERSONA CON LESIONE DA PRESSIONE	20. FRATTURA FEMORE

Come procede l'infermiere per pianificare l'assistenza.

L'infermiere, all'atto della presa in carico, raccoglie e valuta i dati, raccolti dal colloquio con il paziente e/o con i/il caregiver, consultando la documentazione sanitaria disponibile, osservando le condizioni cliniche della persona, necessari ad identificare i bisogni di assistenza infermieristica al fine di redigere il Piano Di Assistenza Infermieristica. Al termine della prima fase del processo, l'infermiere identifica il bisogno di assistenza compromesso e sceglie se utilizzare i piani standard, o di procedere con la pianificazione personalizzata. In quest'ultimo caso l'infermiere definisce, l'obiettivo e gli interventi da pianificare.

Nella pianificazione standard il sistema propone una serie di obiettivi e di attività assistenziali già definite e l'infermiere può accettare il contenuto del PAI o intervenire aggiungendo o eliminando obiettivi e attività per rispondere alle necessità dell'individuo garantendo così un altro elemento fondamentale del quadro teorico: la personalizzazione dell'assistenza infermieristica.

La pianificazione standard dell'assistenza rientra tra quello che si può definire a pieno titolo un Supporto Decisionale; essa è fondata sulle best practice disponibili desunte dalla letteratura secondaria di provata efficacia (linee guida internazionali) e dalle procedure assistenziali/organizzative interne all'azienda per suggerire e supportare gli operatori sanitari nell'applicazione dell'appropriato percorso assistenziale.

L'introduzione di funzionalità di Supporto Decisionale nella pianificazione dei bisogni assistenziali, non pregiudica in alcun modo la professionalità degli operatori i quali mantengono l'assoluta autonomia decisionale in merito al miglior livello di assistenza possibile per ogni singolo individuo.

L'introduzione di funzionalità di Supporto Decisionale in ambito infermieristico assicura un elevato livello di uniformità e appropriatezza dell'assistenza erogata da oltre 1.600 infermieri e personale di supporto che operano in oltre 30 reparti di degenza dislocati su 4 Presidi Ospedalieri distinti.

Parallelamente allo sviluppo informatico, al fine di rendere operativo l'uso del Sistema Decisionale da

parte degli operatori in tutte le aree di degenza, si è proceduto con:

- L'identificazione dei bisogni formativi del personale
- La pianificazione e realizzazione degli interventi formativi teorico pratici all'uso della cartella clinica elettronica attraverso la simulazione di casi clinici
- Il monitoraggio delle ricadute organizzative
- L'attività di tutorato in reparto
- Il coinvolgimento degli infermieri per la realizzazioni dei PAI standard sulla base delle necessità
- Il continuo confronto con gli sviluppatori del programma



RISULTATI

L'introduzione del Supporto Decisionale per l'attuazione di PAI e la grande mole di atti registrati in tempo reale sul sistema ha reso possibile una maggiore integrazione multidisciplinare e multi professionale rendendo visibile e tracciabile il "core" dello specifico professionale.

Gli indicatori di performance assistenziali, (documento SITRA indicatori per l'assistenza per misurare gli esiti infermieristici) che raccolgono informazioni circa i cambiamenti misurabili della condizione della persona assistita attribuiti alla cura infermieristica ricevuta, esprimono l'appropriatezza delle cure infermieristiche attuate.

L'esperienza maturata negli ultimi anni in ambito ospedaliero sarà di grande utilità per la definizione ed attuazione di percorsi assistenziali integrati per i pazienti cronici, il cui livello di assistenza richiederà di garantire la continuità delle cure anche al di fuori del contesto ospedaliero. Il sistema di pianificazione delle attività è attuato per migliorare la gestione delle "dimissioni protette" con coinvolgimento di nuove figure assistenziali nel processo di pianificazione e registrazione delle attività.



CONCLUSIONI

Il forte cambiamento organizzativo e concettuale può essere facilitato grazie all'uso di nuove tecnologie ICT le quali rappresentano una leva importante per creare il consenso generale, facilitare il raggiungimento degli obiettivi e la soddisfazione da parte degli operatori coinvolti.

La Cartella Clinica Infermieristica della ASST di Vimercate è stata riconosciuta da Himss Europe come una delle più evolute d'Europa e, come singola componente applicativa, è stata giudicata adeguata per il raggiungimento del livello Emram Stage 7.

PUNTI DI FORZA

- Determinazione del SITRA nella definizione degli obiettivi
- Definizione di standard minimi a cui tutti gli operatori devono tendere
- Gradualità della realizzazione del progetto e la conseguente implementazione
- Fattiva e costante presenza del SITRA in tutte le fasi della realizzazione del progetto
- Condivisone graduale con tutto il personale dedicato all'assistenza
- Capacità di motivare il personale coinvolto con lo scopo di valorizzare al meglio le attività che quotidianamente vengono effettuate, ma spesso non adeguatamente registrate e riconosciute
- Fattiva e costante presenza dei Sistemi informativi nelle fasi del progetto
- Interventi formativi ad hoc costituiti

CRITICITÀ

La medicina e l'infermieristica sono in continua evoluzione, le conoscenze si diffondono in modo rapido e veloce diventando rapidamente obsolete. È necessario quindi l'aggiornamento costante e la revisione periodica dei sistemi. Inoltre il passaggio dall'analogico al digitale ha richiesto l'alfabetizzazione informatica degli operatori. Lo sviluppo informatico ha richiesto un investimento iniziale importante sia a economico che temporali



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri, infermieri pediatrici, ostetriche



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Fase 1 - progettazione 6 mesi

Fase 2 - sviluppo informatico 1 anno

Fase 3 - test 6 mesi

Fase 4 - correttivi post test 2 mesi

Fase 5 - test 1 mese

Fase 6 - implementazione 12 mesi





SITRA

Accoglienza, inserimento e valutazione del personale neoassunto

Dott.ssa Fumagalli Maria Adele - Responsabile SITR Polo Ospedaliero

Progettazione e realizzazione a cura dello staff: *Andreola Mirella, Cattaneo Imelde, Rota Alessandro, Sormani Luisa*

ASST Vimercate Lombardia Monza Brianza



ABSTRACT

Il Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo (S.I.T.R.A.), in line alla Direzione Sanitaria aziendale, concorre alla realizzazione della mission aziendale, garantendo l'impiego ottimale delle risorse disponibili, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche.

Considerando il fatto che la risorsa primaria e fondamentale, al fine di assicurare qualità, efficacia ed efficienza nelle attività assistenziali erogate, sono le persone, diventa imprescindibile definire ed adottare metodi e strumenti condivisi ed efficaci per l'inserimento di queste nell'organizzazione.

Il processo di inserimento risulta inoltre particolarmente critico oggi, in considerazione del notevole turn-over del personale e della relativa scarsità numerica degli staff.

Per questo è importante creare le condizioni necessarie affinché gli operatori, che entrano nell'organizzazione, possano realizzare un percorso mirato allo sviluppo delle competenze attese e siano accompagnati nell'assunzione delle responsabilità specifiche del ruolo di appartenenza.

L'inserimento del neoassunto è quindi un processo il cui esito dipende, oltre che dall'impegno e capacità dimostrate dall'operatore in inserimento, anche dalle capacità dell'organizzazione di garantire allo stesso un adeguato percorso di crescita professionale, riconoscendo, accogliendo e gratificando, nel contempo, le sue attese e potenzialità.

OBIETTIVI



Scopo del progetto è quello di creare le condizioni organizzative necessarie per l'efficace implementazione di una nuova procedura.

In coerenza con lo scopo dichiarato, gli obiettivi del progetto sono i seguenti:

- Personalizzare il percorso di inserimento**
1. dell'operatore neoassunto a partire dalla **progettazione di Piani di inserimento standard** per ruolo professionale e area/setting assistenziale
- Sostenere il percorso di inserimento**
dell'operatore neoassunto attraverso l'introduzione della figura del **Mentor aziendale**

3. **Standardizzare il processo di valutazione**, teso allo sviluppo dell'operatore neoassunto, attraverso la **progettazione di una nuova scheda** che assume come riferimento il Modello delle Competenze, in linea con il processo di valutazione annuale del personale del comparto

4. **Sensibilizzare e formare il personale** attraverso la progettazione e l'implementazione di **percorsi di formazione** finalizzati alla definizione degli strumenti ed alla qualificazione dei tutor nelle diverse aree/setting assistenziali



METODO

Nel primo semestre 2017 lo staff SITRA ha redatto una nuova procedura di **"Accoglienza, inserimento e valutazione del neoassunto"** che

andrà a sostituire quella attualmente in vigore, risalente al 2011.

Quanto descritto nella nuova procedura ha richiesto la creazione e implementazione di nuovi strumenti necessari per la realizzazione di un percorso di inserimento individualizzato per ciascun operatore e per garantire una valutazione oggettiva e condivisa degli esiti di tale percorso.

La creazione degli strumenti è diventata, per il SITRA, occasione per sostenere e sviluppare le competenze relative alla conduzione dell'inserimento da parte di tutti gli operatori coinvolti (coordinatori, mentor e tutor).

Il progetto è iniziato con un censimento dei documenti predisposti e utilizzati nel contesto di ciascuna struttura operativa dell'azienda per la pianificazione dell'inserimento e addestramento degli operatori neoassunti.

In un corso di formazione sul campo dedicato ai coordinatori, sono stati analizzati i documenti censiti al fine di evidenziarne punti di forza e debolezza e sono stati condivisi i criteri per la creazione dei nuovi piani, al fine di rispondere alle diverse necessità di contesto rispettandone le specificità.

Per l'identificazione degli obiettivi di competenza da inserire nei piani sono stati adottati, come riferimento, il documento della regione Toscana **'Le competenze delle professioni sanitarie'** e il progetto Tuning (IPASVI Roma) per la **'Costruzione di un modello per la valutazione delle competenze infermieristiche nell'esame di abilitazione professionale'**.

Per ciascuna struttura e ruolo professionale si è quindi creato un piano 'standard' che definisce:

- gli obiettivi specifici di apprendimento nell'area/setting assistenziale
- le strategie di apprendimento da attivare
- i tempi previsti per raggiungerli
- le performance attese

I coordinatori utilizzano il modello standard per definire il **Piano personalizzato** dell'operatore in inserimento, partendo dai personali gap formativi derivanti dalle esperienze precedenti (accademiche e lavorative) definiti in collaborazione con il neoassunto, mediante un processo di autovalutazione iniziale.

Il percorso di inserimento, quale processo partecipato, viene quindi assicurato e monitorato dai vari attori, in particolare dal tutor e dal neoassunto che si impegna personalmente in un monitoraggio puntuale del livello di padronanza raggiunto.

I Mentor aziendali hanno predisposto un percorso di orientamento e sostegno per i neoassunti, definendo le informazioni e le modalità di incontro nei diversi presidi aziendali. Nel corso dell'inserimento i neoassunti vengono quindi invitati ad incontrarsi con i Mentor che li accompagnano, durante tutto il periodo di inserimento, educandoli alla cultura aziendale e favorendo la loro integrazione nell'organizzazione.

I RAD (Responsabili Assistenziali di Dipartimento) sono stati coinvolti nell'elaborazione di una nuova scheda di valutazione, realizzata in coerenza con la scheda di valutazione annuale delle performance individuali e attualmente in fase di sperimentazione.

Per la creazione di un percorso di qualificazione dei tutor è stata coinvolta uno studente al Master di Coordinamento per effettuare la raccolta e analisi del bisogno formativo (con la creazione di specifici strumenti di indagine) e la successiva progettazione di un percorso ad hoc.

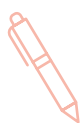


RISULTATI

I 72 coordinatori coinvolti nel progetto hanno elaborato n° 28 piani 'standard' per l'inserimento dei professionisti in specifici setting assistenziale. La creazione iniziale di tali strumenti ha richiesto la realizzazione di diverse versioni sino a giungere al format attualmente in sperimentazione.

I mentor aziendali hanno incontrato la maggioranza dei neoassunti (da febbraio 2017 ad oggi circa 170) con una frequenza che è stata, da un minimo di 2 a un massimo di 5 incontri, nei sei mesi di prova, sia individualmente che in gruppo.

A inizio 2019 sarà pianificato un intervento formativo, rivolto a tutti i coordinatori, per consolidare le competenze relative al processo di valutazione e l'utilizzo della nuova scheda di valutazione del neoassunto/neoinserito. Nel secondo semestre 2019 sarà pianificato un intervento formativo, rivolto ai diversi collaboratori professionali sanitari, per sviluppare le competenze specifiche in tutoring per i neoassunti e neo inseriti.



CONCLUSIONI

Il progetto, attualmente in corso, ha coinvolto attivamente tutti gli attori del processo di accoglienza, inserimento e valutazione del neoassunto, e pertanto ha richiesto un notevole impegno in termini sia di condivisione che di tempo dedicato. I coordinatori, che inizialmente, per il personale background, hanno manifestato difficoltà nell'appropriarsi del metodo proposto, sono stati proattivi nello sviluppo e attuazione del progetto, riuscendo a creare valore aggiunto grazie alla propria esperienza professionale. Altro contributo fondamentale è stato garantito dagli stessi neoassunti che, durante gli incontri di Mentoring, con la riflessione sulla loro esperienza di inserimento, hanno fornito preziosi suggerimenti per il miglioramento del progetto.

Gli strumenti elaborati e attualmente in sperimentazione introducono un cambiamento che non è soltanto organizzativo, ma prioritariamente culturale e, come tale, non potrà essere raggiunto in breve.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Tutti i profili sanitari afferenti al SITRA

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

3 anni

PUNTI DI FORZA

Coinvolgimento e responsabilizzazione del personale (numerosità dei professionisti coinvolti, appartenenza a diversi profili professionali e provenienza da tutti i setting aziendali)

Attivazione di un processo di riflessione individuale e collettivo

Centralità del neoassunto e personalizzazione del percorso di inserimento

CRITICITÀ

Difficoltà ad organizzare in modo sistematico gli incontri di mentoring con rischio di non adesione da parte dei neoassunti

Resistenza al cambiamento da parte di alcuni operatori legato allo specifico background



DIPARTIMENTO RIABILITATIVO A.O. DESIO
E VIMERCATE

La misurazione dell'intervento educativo nell'ambito del Dipartimento riabilitativo:

*individuazione di outcomes per
la valutazione al reinserimento
domiciliare.*

*L'addestramento all'utente care giver
alla ventilazione meccanica non
invasiva.*

Dott.ssa Fumagalli Maria Adele - Responsabile SITR Polo
Ospedaliero

Responsabile del progetto:

Dott.ssa Maria Ripalta Anguilano - ASST Vimercate - P.O. Seregno



ABSTRACT

La riabilitazione consiste in una serie di interventi finalizzati a ridurre la disabilità, attraverso il recupero della menomazione, l'ottimizzazione delle abilità residue e il miglioramento della partecipazione. La riabilitazione è un processo multidisciplinare messo in atto per il raggiungimento del miglior livello qualitativo di vita, per il reinserimento nella vita sociale coinvolgendo di conseguenza anche la famiglia e l'ambiente di vita. La Delibera regionale VII/19883 del 16.12.2004 della regione Lombardia "Riordino della rete delle attività di riabilitazione" individua i campi di applicazione della riabilitazione.

Gli interventi riabilitativi in ambito multidisciplinare prevedono la realizzazione di un Progetto Riabilitativo Individuale, in cui vengono definite le azioni utili al raggiungimento degli obiettivi, tra cui anche l'intervento educativo.

L'utente in ventilazione meccanica deve affrontare importanti cambiamenti di vita, resi più facili se gli utenti imparano a familiarizzare con la strumentazione affidatagli, ma ancor di più se supportati da una corretta azione educativa ed una supervisione professionale al domicilio, nell'ottica della continuità ospedale-territorio.

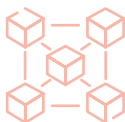
Uno studio pubblicato sul "Journal of Advanced Nursing" (Ballangrud R. Bogsti WB Jonhansson IS Clinets' experiences of living at home with a mechanical ventilator "Journal of Advanced Nursing", 2009) dimostra come un'adeguata educazione all'utente e/o caregiver facilita il reinserimento familiare e la gestione della disabilità residua e l'ottimizzazione delle proprie abilità. Si avverte la necessità di verificare l'azione educativa; feedback di ritorno (telefonate dell'utente, valutazioni eseguite durante ricoveri successivi) lasciano pensare che l'intervento educativo eseguito in ospedale andrebbe valutato in ambito domiciliare per verificare il corretto mantenimento dei contenuti appresi durante la degenza e poter correggere l'azione educativa.



OBIETTIVI

Verificare il mantenimento a domicilio delle informazioni ricevute, individuare criticità del processo di educazione attraverso un'analisi esplorativa nell'ambito del Dipartimento riabilitativo.

Il lavoro eseguito non vuole misurare il “benessere”, quindi il miglioramento in termini di salute derivante dall'azione educativa, ma solo l'esito in termini di efficacia d'intervento. È solo dall'elaborazione della modifica organizzativa e dopo la sua fase applicativa che si potrà verificare il miglioramento intermini di miglioramento di “cura”.



METODO

Per l'elaborazione di modalità di verifica dell'efficacia dell'azione educativa è stato istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare (infermieri e fisioterapisti) con competenze educative. Analizzando le procedure educative sono stati elaborati “item” relativi agli “step educativi” raggruppati in argomenti: aspetti tecnico pratici, vestizione dell'interfaccia, compliance terapeutica, rischio infettivo. È stato elaborato un metodo di misurazione domiciliare relativo al mantenimento dei contenuti educativi in ambito domiciliare, un questionario somministrato agli utenti dimessi addestrati:

- Una domanda, un Item dell'educazione sanitaria svolta durante la degenza
- Punteggio ad ogni Item, con peso variabile in base a rischio clinico e compliance al trattamento
- Metodo di misurazione
- Analisi dei risultati ottenuti
- Elaborazione di correttivi migliorativi

Gli incontri multidisciplinari per l'analisi del processo educativo e l'elaborazione dei questionari si è svolto dal mese di novembre 2010 al mese di febbraio 2011.



RISULTATI

I risultati ottenuti confortavano l'azione educativa intrapresa durante la degenza mostrando come l'88% dei pazienti intervistati mantiene a domicilio i concetti educativi appresi.

Studiando tuttavia singolarmente gli items, si evidenzia come le criticità maggiori siano su aspetti di importanza particolare come l'igiene, la vestizione dell'interfaccia e la relativa compliance alla ventilazione.



Per quanto riguarda l'analisi dell'outcome rispetto all'igiene ed alla vestizione dell'interfaccia di ventilazione quello relativo alla gestione dell'umidificazione, possiamo dire che l'azione educativa non è stata efficace.

Quando l'outcome è negativo, è necessario eseguire un'attenta analisi dei criteri di struttura (input) e di processo (throughput) per evidenziare le possibili problematiche ed apportare azioni correttive.

Se pensiamo al fatto che un'adeguata vestizione dell'interfaccia evita la formazione di ulcere da decubito e favorisce la compliance alla ventiloterapia e al fatto che l'igiene dell'interfaccia e la gestione accurata dell'umidificatore evita la formazione di terreni di coltura e potenziali infezioni respiratorie, vediamo come risulta necessario attuare un correttivo.



CONCLUSIONI

Lo studio ha permesso di correggere l'azione educativa mirando maggiormente l'intervento sulla prevenzione del rischio infettivo e della mancata compliance.

È stato realizzato un protocollo, attraverso un lavoro di gruppo interdipartimentale, a cui hanno preso parte rappresentanti delle realtà coinvolte all'interno dell'azienda nel processo educativo al paziente ventilato, al fine di uniformare la modalità di azione mirata a maggiore compliance al trattamento riduzione del rischio clinico.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri e fisioterapisti del Dipartimento Riabilitativo.



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

novembre 2010 - febbraio 2011

PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ

Le interviste hanno evidenziato problemi di natura tecnica o burocratica ai quali già telefonando è stato possibile portare soluzioni; nei casi in cui il ventilatore non era ancora stato consegnato o presentava problemi tecnici, l'infermiere ha potuto aiutare l'utente che altrimenti sarebbe andato incontro ad ulteriori problematiche di salute.

Lo studio ha permesso di elaborare una procedura operativa, sulla base di evidenze ed EBN, mirata a correggere le criticità evidenziate.

La diffusione aziendale è stata possibile solo attraverso coinvolgimento diretto di tutte le realtà coinvolte.

Non è stato possibile ripetere lo studio osservazionale dopo l'applicazione dei correttivi al fine di dimostrare effettivamente il miglioramento ottenuto, dopo l'applicazione della stessa.



RISK MANAGEMENT

Incident reporting e Significant Event Audit (SEA)

Dott.ssa Fumagalli Maria Adele - Responsabile SITR Polo Ospedaliero

Responsabili progetto:

Dott. Agosti Roberto - Risk Manager

Dott. Caprioli G. - Responsabile SITR Rete Territoriale

Dott.ssa Brivio Donata - Referente Rischio Clinico SITRA

Dott.ssa Sormani Luisa - Referente Qualità SITRA, Asst Vimercate (M.B.) Lombardia



ABSTRACT

L'Incident Reporting (IR) è la segnalazione spontanea e volontaria degli Eventi Avversi (EA) e dei problemi organizzativi. È una modalità di raccolta strutturata di segnalazioni, di eventi che possono avere un impatto clinico, organizzativo o gestionale. L'ASST di Vimercate ha implementato un sistema di segnalazioni spontanee sin dal 2004 a partire da alcune unità operative pilota, e dal 2012 i professionisti che si trovano coinvolti in un evento avverso, un near miss o una situazione di pericolo, possono segnalare il caso, tramite un'apposita scheda informatizzata, all'interno del sistema informativo aziendale.

Le segnalazioni archiviate costituiscono una delle fonti per mappare e analizzare i rischi all'interno della struttura sanitaria, tuttavia quando si verifica un evento avverso, lo staff clinico/assistenziale oltre che identificarlo e segnalarlo, dovrebbe confidare nelle proprie capacità per lo svolgimento di un audit, per imparare da esso e migliorare la qualità

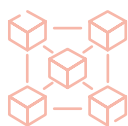
dell'assistenza traducendo nel concreto il concetto di "apprendere dall'errore". In quest'ottica il metodo "Significant Event Audit" (SEA), quale attività di riflessione tra pari, consente di analizzare eventi significativi di bassa o moderata severità al fine di individuare aree di miglioramento delle qualità delle cure.



OBIETTIVI

Implementare la gestione di eventi avversi, segnalati nella scheda di Incident Reporting secondo la metodologia SEA in alcune realtà operative.

Diffondere e facilitare l'utilizzo del metodo SEA quale strumento di governo clinico che stimola l'apprendimento dalla pratica (riflessione tra pari) ed il miglioramento della qualità delle cure.



METODO

Il progetto è stato articolato in fasi, tra loro correlate.

FASE	ATTIVITÀ
1	Elaborazione dell'istruzione Operativa "Significant Event Audit" SEA con relativi strumenti per documentare il processo
2	Incontro con Direttori Dipartimento • presentazione progetto • definizione UO coinvolte
	Incontro con Responsabili di UO e Referenti Qualità e Rischio • presentazione e condivisione del piano di attività
	Identificazione di eventi significativi, positivi o negativi da sottoporre ad analisi (SEA) e criteri di scelta
	Prioritizzazione e scelta dell'evento da sottoporre ad analisi
3	Raccolta informazioni e redazione relazione dettagliata dell'evento per presentazione al team SEA
4	Nomina dei componenti team SEA
5	Incontri del team per analisi SEA e identificazione azioni di miglioramento
6	Redazione rapporto iniziale SEA
7	Realizzazione e monitoraggio del cambiamento organizzativo
8	Redazione rapporto finale SEA
9	Pubblicazione rapporto finale SEA su documentale Intranet



RISULTATI

Sei Unità Operative, appartenenti a sei Dipartimenti Gestionali, hanno aderito al progetto e complessivamente sono stati eseguiti 6 Significant Event Audit. Due di

questi hanno coinvolto altrettante Unità Operative in quanto implicate nell'evento identificato. Tutti i team, in un clima sereno, stimolante, confidenziale e non minaccioso hanno saputo analizzare gli eventi prioritizzati cercando e trovando risposte a "cosa è successo", "perché è successo", "cosa si è imparato" e "che cosa si deve cambiare". Fondamentale per la realizzazione del progetto e la corretta applicazione del metodo è stata la figura dei facilitatori, identificati sulla base di capacità di leadership con il compito di condurre le riunioni, stabilire regole di base, supportare l'analisi degli eventi favorendo lo svolgimento in un clima aperto e di confronto tra i membri.



CONCLUSIONI

Gli audit effettuati nelle sei Unità Operative hanno visto la partecipazione di tutti gli operatori direttamente coinvolti nell'evento; con il supporto dei facilitatori, gli incontri hanno rappresentato un momento di approfondimento e confronto strutturato, realizzato con il supporto di tecniche specifiche e conclusosi con un alert report iniziale riportante la proposta di azioni di miglioramento da implementare nel prossimo anno.

PUNTI DI FORZA

Committenza della Direzione Strategica

Sperimentazione di un metodo di audit validato

Coinvolgimento e responsabilizzazione di tutti gli operatori

CRITICITÀ

Difficoltà a progettare cambiamenti identificati e misurarne l'efficacia

Difficoltà ad organizzare gli incontri per scarsità di tempo disponibile

Poche figure di facilitatori



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

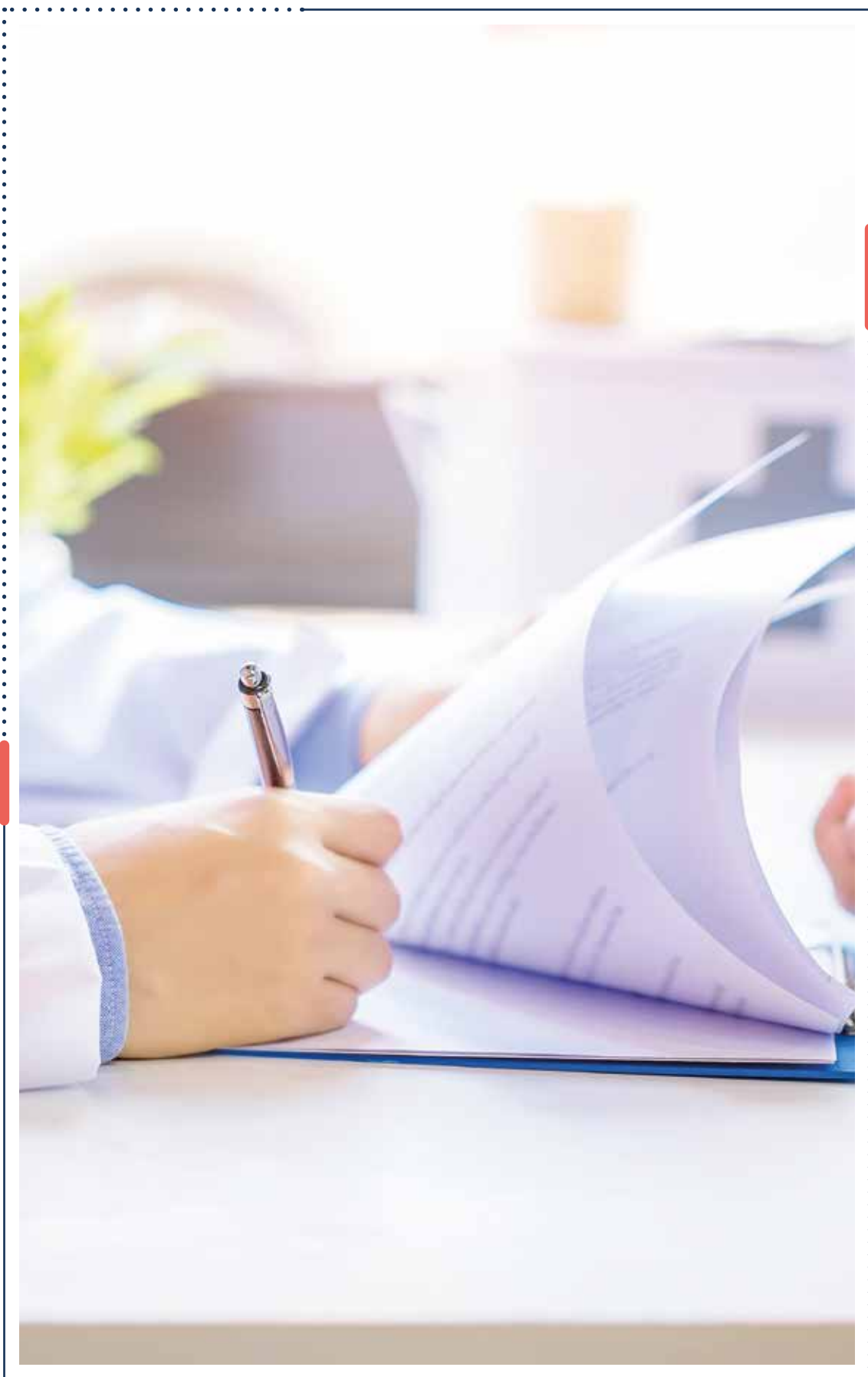
Direttori di dipartimento, Responsabili Assistenza Dipartimentale, Dirigenti, Coordinatori, Infermieri, Tecnici, Ostetriche



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

- Nell'anno 2018 è stato realizzato il progetto fino alla sesta fase descritta nel piano di lavoro. È stato prodotto un report iniziale.
- Nell'anno 2019
 - Completamento del progetto con la realizzazione e il monitoraggio delle azioni di miglioramento
 - Attivazione di un'iniziativa di formazione per facilitatori con l'obiettivo che in più strutture di riferimento possano essere promosse, con il supporto del gruppo di lavoro, gli audit per analizzare gli eventi identificati come più significativi





PEDIATRIA

Trattamento del dolore procedurale pediatrico con MEOPA:

applicazione di una procedura a gestione infermieristica



Dott.ssa Cinzia Garofalo – Dirigente delle Professioni Sanitarie SITRA

Dott. Stefano Maiandi – Dirigente delle Professioni Sanitarie SITRA Ref. Area Pediatrica, ASST di Lodi Lombardi



AREA DI INTERVENTO DEL PROGETTO

Il progetto si rivolge a tutti i bambini e gli adolescenti ricoverati presso la S.C. di Pediatria dell'ASST di Lodi che

devono essere sottoposti a procedure assistenziali potenzialmente dolorose.

Il progetto parte dalla volontà di considerare un fallimento assistenziale qualsiasi situazione in cui un bambino o un adolescente piange, si spaventa o incrementa il suo discomfort per la possibilità di sentire dolore durante una procedura infermieristica.

La letteratura ricorda, infatti, che il disagio creato da questa condizione ha un impatto significativo sull'utenza pediatrica creando una modificazione della percezione dei successivi stimoli dolorosi e nel fornire collaborazione. L'utilizzo della Miscela Equimolare d'Ossigeno e Protossido d'Azoto (MEOPA) integra l'uso di tecniche non farmacologiche e da anestetici cutanei in crema già ampiamente utilizzate nella pratica assistenziale.



ABSTRACT

La pratica clinica ci ricorda come, oltre a difficoltà di ordine tecnico, è necessario considerare tutto l'impatto emotivo che il dolore procedurale provoca sui bambini

e sui loro genitori.

Considerare il dolore procedurale come un fattore ineliminabile dall'assistenza è un errore in quanto l'esposizione a stimoli algici evitabili ha severe implicazioni anche di ordine etico oltre che tecnico-assistenziale sia nel bambino che nella sua famiglia. L'utilizzo sistematico di creme anestetiche locali, supportato dall'applicazione di tecniche non farmacologiche, fornisce protezione dal dolore solo in una piccola parte delle procedure assistenziali escludendo di fatto tutti gli ambiti che non prevedono utilizzo di aghi.

L'ASST di Lodi ha implementato, nell'area pediatrica, l'utilizzo di MEOPA nella pratica assistenziale attraverso la somministrazione del prodotto tramite una maschera facciale e una valvola a domanda: il gas è inalato almeno 3 minuti prima e somministrato per tutta la durata della procedura.

L'analgisia è raggiunta attraverso una sedazione cosciente che permette al bambino e all'adolescente di vivere la procedura senza stimoli dolorosi: la gestione di tale somministrazione è condivisa attraverso un protocollo specifico a gestione infermieristica nel quale i fattori di esclusione dall'utilizzo vengono identificati dal medico pediatra durante la prima valutazione clinica.

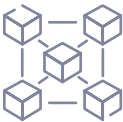
Durante la procedura, il bambino è monitorato, da un infermiere formato all'utilizzo di MEOPA, attraverso un saturimetro e attraverso valutazione clinica per l'identificazione dei principali effetti collaterali quali nausea, vomito, pallore, capogiri, euforia, singhiozzo.



OBIETTIVI

L'obiettivo primario è la creazione di un percorso dedicato nel quale le attività assistenziali vengono eseguite in assenza di stimoli dolorosi.

L'obiettivo secondario è la promozione di una cultura del dolore e del relativo impatto su bambini e adolescenti.



METODO

Ai bambini e agli adolescenti e alle loro famiglie viene proposto l'utilizzo di MEOPA in ogni attività assistenziale previa verifica dell'assenza di fattori di esclusione durante la prima visita medica da parte del medico pediatra.

Ai genitori/caregivers è proposta anche la possibilità di supportare la somministrazione garantendo l'ottimale aderenza della mascherina sul viso del bambino/adolescente.



RISULTATI

L'utilizzo di MEOPA è stato implementato nelle seguenti procedure: venipunture, posizionamento di accessi vascolari, medicazioni complesse, posizionamento di catetere vescicale, iniezioni intramuscolo. l'89,76% dei bambini sottoposti alla procedura con MEOPA non ha mostrato effetti collaterali. Se si escludono i capogiri (4,88%), generalmente determinati dalla tachipnea indotta dall'utilizzo della mascherina con valvola on demand, solo il 5,36% dei bambini ha mostrato effetti collaterali minori. Ad oggi, i principali effetti collaterali identificati sono: nausea (1,95%), vomito (0,98%), euforia (1,46), pallore (0,98%). Nessun bambino ha mai sviluppato singhiozzo e la mascherina è stata sempre ben tollerata. Durante la procedura con l'utilizzo di MEOPA, il dolore è monitorizzato attraverso l'utilizzo di scale algometriche per fasce d'età.



CONCLUSIONI

L'introduzione del MEOPA nella pratica quotidiana è uno dei possibili strumenti che ha l'enorme vantaggio di poter essere utilizzato nella gran parte delle possibili situazioni assistenziali; a differenza di altri strumenti vanta la capacità di poter essere utilizzato velocemente anche in quelle situazioni cliniche che richiedono una certa tempestività di azione. Il basso tasso di complicanze e di effetti collaterali rilevati conferma ancora di più che il MEOPA è assolutamente sicuro e deve essere implementato in qualsiasi realtà assistenziale nella quale siano coinvolti anche i bambini.

PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ

Il principale punto di forza è stato la creazione di un protocollo specifico di utilizzo che ha garantito all'infermiere l'autonomia di somministrazione del MEOPA rendendo il device sempre disponibile senza necessità di ulteriori passaggi prescrittivi intermedi. Un ulteriore punto di forza è rappresentato dalla realizzazione di una concordanza disciplinare che ha reso possibile una stabile vicinanza di valori infermieristici tale da considerare come fallimento assistenziale ogni situazione in cui il bambino è sottoposto ad un dolore evitabile.

La principale criticità è rappresentata dall'impatto economico che l'utilizzo trasversale del MEOPA comporta ma che è stata ampiamente condivisa con la Direzione Strategica aziendale quale indicatore di buona pratica assistenziale.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri e infermieri pediatrici

Riorganizzazione del reparto di Otorino Urologia

Dott.ssa Guerrini Gisella - Direttore DPSS

Dott.ssa Stuari Nadia Referente DPSS Area Ricerca e Sviluppo

ASSTBGOVEST Provincia di Bergamo Regione Lombardia



ABSTRACT

Problema: disorganizzazione totale e gravi difficoltà di gestione del nuovo reparto unito di otorino urologia.

Obiettivo: organizzare il lavoro in modo da consentire la presa in carico dei pazienti ricoverati nel reparto; ottimizzare, rendendolo maggiormente efficace ed efficiente, il lavoro di infermieri ed OSS.

Metodo: progettazione del cambiamento organizzativo. Rilevazione dati strutturali e organizzativi e flussi di lavoro. Gestione incontri col reparto per condivisione obiettivi e metodi e raccolta criticità e difficoltà sentite dagli operatori professionali. Verifica sul campo delle criticità e potenzialità presenti.

Rappresentazione grafica dei flussi e dei percorsi sia del paziente che dei diversi operatori nei tre turni in base alla quale sono state ipotizzate due soluzioni alternative. La prima che prevedeva lo stesso personale e la stessa organizzazione del lavoro ma distribuendo meglio le risorse materiali e tecnologiche e togliendo alcune attività, la seconda introducendo un OSS a tempo pieno di giornata e togliendo l'infermiere part time e riorganizzando il

lavoro "per settori". Presentazione, sia dei dati, che della documentazione rispetto ai flussi e percorsi che delle due soluzioni proposte, dapprima alla Direzione DPSS e poi all'équipe del reparto. Scelta della soluzione preferita da parte dell'équipe assistenziale e sperimentazione della stessa per 6 mesi.

Risultati: l'équipe in toto ha manifestato grande soddisfazione per la soluzione adottata e deciso di continuare.

L'obiettivo di ottimizzare il lavoro consentendo la presa in carico dei pazienti è stato raggiunto pienamente.

Conclusione: riteniamo vincente la modalità di condivisione con il reparto sia dei dati raccolti che delle soluzioni proposte e molto efficace la modalità di rilevazione delle criticità tramite entrata "in turno" per diversi giorni e nei diversi turni dei referenti del progetto.

La soluzione di rappresentare graficamente flussi e percorsi si è rivelata vincente per chiarezza e immediatezza di visualizzazione dei nodi critici, degli sprechi e delle potenzialità non utilizzate ma utilizzabili.



OBIETTIVI

Organizzare il lavoro in modo da consentire la presa in carico dei pazienti ricoverati nel reparto; ottimizzare, rendendolo maggiormente efficace e sicuro, il lavoro di infermieri ed OSS.



METODO

Problema: è stato istituito un reparto unico dall'unione di Otorino ed Urologia. Il reparto si sviluppa lungo un corridoio di 70 metri circa con le stanze Otorino nella parte Est e l'Urologia nella parte Ovest. Due équipe mediche diverse e una sola équipe infermieristica con un'unica stanza infermieri situata circa nel centro del corridoio. I posti letto Urologia sono 18 mentre quelli Otorino sono 6. In realtà tutti i giorni hanno almeno 10 pazienti della chirurgia generale in appoggio nei letti otorino o urologia.

Questo comporta l'avere a volte anche tre sale operatorie in funzione, oltre alla difficoltà di assistenza dovute alla lontananza fisica delle diverse stanze e alle diverse tipologie e gravità di pazienti ricoverati.

L'organizzazione del lavoro era di tipo Funzionale (per compiti) con presenza di personale sanitario sui tre turni: 1° turno = 2 inf e 1 OSS più 1 OSS che si occupa soltanto delle richieste esami e farmacia; 3 giornaliero (part time con orari diversi) che si occupano sia delle accettazioni che delle della sala operatoria fino a mezzogiorno circa, poi ne resta soltanto una fino alle 14.00; 2° turno = 2 infermiere e 1 OSS; Notte 2 infermiere ed 1 OSS.

Già presente la cartella Integrata con la pianificazione assistenziale, ma sottoutilizzata. Il reparto lamenta una grave disorganizzazione e difficoltà di gestione dei pazienti.

Metodo:

Ad ottobre 2007 è stato affidato a due persone del DPSS, da parte della Direzione Aziendale, il compito di rivedere e riorganizzare il lavoro nel reparto. Tre i vincoli imposti dalla Direzione: la struttura muraria non si cambia, non si cambiano le destinazioni (restano due reparti separati dal punto di vista medico e strutturale), deve essere isorisorse. È stato fatto un primo incontro per definire modalità e tempi del lavoro. Si è deciso di utilizzare in parte la metodologia Lean.

Per prima cosa si è provveduto alla raccolta dati su: struttura, staff (numero e professionalità), turnistica, numero posti letto, saturazione posti letto, sale operatorie (orari e numero sale), numero operati e giornate, numero e tipologia dei pazienti in appoggio etc.

Si sono poi effettuati tre incontri con l'équipe infermieristica per condividere metodi, obiettivi, verificare i dati raccolti e ascoltare la loro opinione rispetto alle difficoltà vissute in reparto.

I due referenti del progetto hanno lavorato per diversi turni insieme al personale, durante i quali hanno potuto evidenziare criticità e oggettive difficoltà, nonché eventuali sprechi sia di tempo che di risorse e relative motivazioni.

Questo ha permesso la costruzione di una rappresentazione grafica, cartacea, di forte impatto visivo, dei flussi e dei percorsi dei pazienti e di ogni operatore, in ogni turno e di evidenziare chiaramente perdite di tempo e di risorse e i punti nevralgici dove era necessario intervenire. Questa documentazione è stata dapprima sottoposta alla valutazione della Direzione DPSS e poi utilizzata per studiare i correttivi.

A metà novembre si è effettuata un'altra riunione con i professionisti del reparto in cui sono state fatte due proposte. La prima prevedeva di lasciare lo staff e l'organizzazione del lavoro (funzionale) inalterati e ridurre alcuni carichi di lavoro non assolutamente necessari; la seconda prevedeva l'introduzione di un OSS in più, giornaliero, togliendo una delle infermiere part time e sostituendo l'organizzazione funzionale con un'organizzazione "per settori" del lavoro, con ogni settore gestito da un'infermiera e un OSS e la Sala Operatoria gestita interamente dalle due infermiere part time rimaste e dall'OSS di giornata aggiunto. Tutte e due le soluzioni precedevano poi altri correttivi organizzativi: organizzazione di una seconda sala infermieri dal lato otorino, un secondo carrello delle medicazioni da tenere nel lato otorino, un secondo deposito biancheria pulita nel lato otorino, etc.

L'équipe ha scelto la seconda opzione che è stata sperimentata per sei mesi, fino ad aprile 2018. Da gennaio 2018 sono state anche revisionate le cartelle integrate, sia urologica che otorino e aggiunta la cartella integrata anche per i Day Hospital. Da aprile 2018 il modello organizzativo, con qualche piccola sistemazione, è entrata a regime.



RISULTATI

Alla fine della sperimentazione l'équipe ha scelto di continuare con l'organizzazione sperimentata e ha manifestato grande soddisfazione per la soluzione adottata.

L'obiettivo di ottimizzare il lavoro consentendo la presa in carico dei pazienti è stato raggiunto pienamente.



CONCLUSIONI

Il coinvolgimento e la ricerca di consenso e di idee e contributi da parte dell'équipe assistenziale ha permesso di trovare una soluzione condivisa sostenuta da tutta l'équipe. Solo tramite questa condivisione è stato infatti possibile raggiungere l'obiettivo di rendere il lavoro più fluido, sicuro e soddisfacente per tutti.

L'immersione nel lavoro del reparto per diversi giorni e nei diversi turni ha permesso di rilevare puntualmente le criticità che lo staff, dall'interno, non riusciva a visualizzare.

L'utilizzo del metodo Lean per la rilevazione di tempi morti e sprechi (sia di lavoro che di tempo) è stata una scelta che si è rivelata efficace e la stesura di "diagrammi di flusso" del lavoro e di ciascun operatore ha consentito, alla Direzione e ai professionisti, di leggere le criticità con chiarezza ed evidenza maggiori che la sola spiegazione letterale.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

DPSS Area Ricerca e Sviluppo,
Coordinatore delle Professioni Sanitarie,
Infermieri e OSS del reparto di Otorino/
Urologia dell'ospedale di Treviglio



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Sei mesi comprensivi di progettazione ed implementazione del cambiamento organizzativo e sei mesi di sperimentazione, poi a regime.

PUNTI DI FORZA

Personale qualificato, competente e motivato al cambiamento

Tutti gli infermieri già con esperienza sia di ORL che di Urologia

Desiderio degli Infermieri di utilizzare la cartella integrata

CRITICITÀ

Difficoltà di comunicazione con le tre équipe mediche di riferimento (Otorino, Urologia e Chirurgia Oncologica)

Presenza di molti appoggi della Chirurgia Oncologica (fino a 10-11 tutti i giorni)



TUTTI I REPARTI DI DEGENZA DELL'ASSTBGOVEST,
INFERMIERI E COORDINATORI

Handover e la scheda SBAR per il passaggio d'informazioni

Dott.ssa Guerrini Gisella - Direttore DPSS

ASSTBGOVEST Provincia di Bergamo Regione Lombardia



ABSTRACT

Dai dati di letteratura è emerso il rischio insito nel mancato o errato passaggio di informazioni tra professionisti sanitari. Questo è emerso anche da un questionario somministrato agli infermieri dell'ASSTBGOVEST.

Obiettivo del progetto era, quindi, ottimizzare il passaggio di consegne per aumentare la sicurezza dei pazienti.

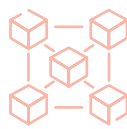
Metodo: questionario di valutazione delle consegne; corso di formazione ai professionisti sul metodo SBAR; creazione delle schede SBAR in ogni Unità Operativa; sperimentazione delle SBAR ed eventuale revisione delle stesse; somministrazione del questionario per la rilevazione dei dati dopo utilizzo del metodo; costruzione e pubblicazione di una Istruzione Operativa aziendale.

Risultati: Tutte le UU.OO. utilizzano la SBAR nel passaggio di consegne, tutti i professionisti hanno rilevato una maggiore correttezza e completezza dei dati trasmessi e una maggiore soddisfazione e sicurezza degli operatori.



OBIETTIVI

Ottimizzare il passaggio di informazioni durante le consegne infermieristiche per ridurre il rischio di errori.



METODO

È stato costruito, validato e somministrato a tutti gli infermieri dell'Azienda un Questionario sulle consegne infermieristiche da cui è emersa

la presenza di criticità rispetto sia ai tempi della consegna che ai suoi contenuti, spesso ridondanti, superflui o mancanti.

Si è quindi costituito un gruppo di lavoro per la ricerca e progettazione di soluzioni.

Dopo ricerche e discussioni il gruppo ha definito con l'introduzione della scheda SBAR per il passaggio d'informazioni la soluzione migliore, raccomandata peraltro sia dall'OMS che dalla Regione Lombardia.

Sono stati organizzati corsi di formazione per tutto il personale coinvolto sull'importanza e la modalità di costruzione e utilizzo della scheda SBAR, a cui hanno partecipato 296 infermieri.

Ogni Unità Operativa ha poi provveduto, tramite riunioni di reparto e con il supporto del referente DPSS, alla costruzione della propria scheda SBAR. Tutte le schede prodotte sono state sperimentate per 6 mesi alla fine dei quali è stata fatta una revisione delle stesse e la versione definitiva è stata inviata alla Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociali.

È stato somministrato di nuovo agli infermieri il questionario sulle consegne infermieristiche da cui è emerso un netto miglioramento percepito sia sulla qualità e completezza dei dati scambiati che sulla soddisfazione degli infermieri.

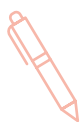
Il gruppo di lavoro originale si è poi riunito ed ha redatto una Istruzione Operativa sulla gestione delle SBAR che raccoglie tutti i documenti prodotti dalle diverse UU.OO.



RISULTATI

Tutte le UU.OO. coinvolte nel progetto hanno costruito uno strumento idoneo alle proprie necessità.

Dal questionario è emersa una maggiore soddisfazione e sicurezza dei professionisti e un netto miglioramento sia della completezza che della correttezza delle informazioni trasmesse oltre ad una, molto modesta, non sempre presente riduzione dei tempi di consegna.



CONCLUSIONI

L'introduzione della scheda SBAR ha risposto positivamente alle aspettative iniziali come da letteratura in merito.

Unico neo la non sempre presente, e comunque molto ridotta, contrazione dei tempi di consegna.

Assolutamente positiva la valutazione da parte del personale infermieristico che dichiara una maggiore soddisfazione e sicurezza manifestando la volontà di continuare ad utilizzare le schede SBAR.

Abbiamo rilevato una oggettiva difficoltà nel rilevare l'esito sui pazienti (diminuzione del rischio di errore) con dati numerici certi, faremo una verifica empirica confrontando il numero della denunce di eventi avversi e near-miss dall'anno precedente l'introduzione della SBAR all'anno successivo.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

DPSS Area Ricerca e Sviluppo,
Coordinatori delle Professioni Sanitarie,
Infermieri



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Un anno dalla progettazione alla redazione dell'Istruzione Operativa

PUNTI DI FORZA

Maggiore completezza e correttezza nella trasmissione delle informazioni riguardanti i pazienti

Decisa diminuzione della comunicazione di informazioni non pertinenti

Scomparsa delle informazioni ridondanti

Maggiore sicurezza e soddisfazione dei professionisti sanitari

Diminuzione del rischio di errore da parte di tutti i professionisti

CRITICITÀ

Mancata riduzione dei tempi di consegna

Difficoltà nel rilevare l'esito sui pazienti (diminuzione del rischio di errore)

DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA

Internalizzazione del personale infermieristico afferente al Dipartimento di Medicina Interna della Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

Dott. Laquintana Dario – Direttore U.O.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

*Dott.ssa Antonia Demarchi – Dirigente U.O.C. Direzione delle Professioni Sanitarie,
Dott.ssa Barbara Sappa – Responsabile Infermieristico Area Medicina Interna,
Fondazione IRCCS Ca' Granda – Ospedale Maggiore Policlinico (Milano)*



La decisione di internalizzare il personale infermieristico afferente al Dipartimento di Medicina Interna della Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico ha un molteplici scopo: investire nelle professioni sanitarie per rispondere con elevati standard assistenziali ai bisogni di salute del cittadino, ridurre l'elevato turn-over del personale e tentare di fidelizzare il professionista per costruire un gruppo di lavoro con competenze avanzate, dando la possibilità di passare da una realtà dove l'infermiere prestava ore di servizio, ad una dove l'infermiere possa contribuire come professionista alla qualità dell'assistenza, identificandosi con i valori e gli obiettivi aziendali.



ABSTRACT

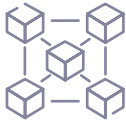
Il processo di internalizzazione del personale sanitario nella gestione dei servizi pubblici chiede particolare attenzione soprattutto nel passaggio dell'attività tra il personale in appalto e quello in assunzione considerando che l'uscita del personale appaltato e l'ingresso del personale assunto avviene contestualmente. Il passaggio (a fronte anche della vietata intermediazione di manodopera) necessita quindi di un'attenta pianificazione delle attività necessarie all'inserimento del personale assunto al fine di garantire la continuità assistenziale e la sicurezza degli assistiti, oltre che del personale stesso.

La riorganizzazione del Dipartimento di Medicina Interna ha interessato 5 distinte Unità Operative distribuite su 2 piani del Padiglione Granelli e ha richiesto, oltre all'impegno economico (assunzione ad hoc di 43 infermieri a tempo determinato in attesa dell'espletamento delle attività concorsuali), anche un grande investimento di capitale umano sia per la formazione del personale infermieristico da inserire tramite corsi specifici con docenti interni che per l'affiancamento degli stessi nelle U.O. tramite 2 tutor clinici dedicati in considerazione del fatto che l'inserimento di nuovo personale in una azienda costituisce sempre un momento critico per acquisire le conoscenze sia di contesto che professionali.



OBIETTIVI

Governare il processo di sostituzione del personale infermieristico afferente al Dipartimento di Medicina Interna in una situazione eccezionale come il contemporaneo inserimento di 43 infermieri neoassunti e 20 operatori di supporto.



METODO

Il processo di inserimento del personale neoassunto ha richiesto un'accurata pianificazione in termini di organizzazione e formazione da parte della Direzione delle Professioni Sanitarie. Inoltre, per ogni infermiere assunto, è stata eseguita una valutazione esperienziale e del livello di competenze raggiunto finalizzato alla predisposizione del piano formativo.

Progetto formativo

Il progetto formativo ha previsto 24 ore di formazione in aula in cui infermieri esperti hanno messo a disposizione le proprie competenze per mostrare i principali processi assistenziali del paziente ricoverato in area medica e incontri con le équipe mediche finalizzati alla presentazione delle patologie maggiormente rappresentative oltre alla conoscenza delle équipe stesse.

Nello specifico, gli argomenti trattati in aula hanno riguardato i seguenti processi assistenziali:

- Modello organizzativo (nursing modulare)
- Gestione e controllo del rischio infettivo
- Gestione delle trasfusioni e degli emocomponenti
- Gestione del paziente sottoposto a ossigenoterapia/ventilazione non invasiva
- Gestione del paziente da sottoporre a procedure diagnostiche
- Gestione dell'emergenza intra-ospedaliera
- Pianificazione della dimissione e continuità assistenziale
- Gestione e trattamento delle lesioni da pressione
- Prevenzione dell'allettamento nel paziente anziano
- Gestione della contenzione fisica e strategie alternative
- Gestione della salma e della donazione delle cornee

Inoltre sono stati illustrati gli applicativi aziendali (segnalazione eventi avversi, consultazione della turnistica informatizzata), la Cartella Clinica Elettronica (CCE) e il Foglio Unico di Terapia (FUT) e la restante documentazione sanitaria cartacea di interesse assistenziale e di processo

Si è poi proseguito con la formazione sul campo in cui gli infermieri (divisi per piccoli gruppi) accedevano alle U.O. di assegnazione con lo scopo di osservare l'utilizzo degli applicativi (CCE e FUT), la gestione della documentazione infermieristica, la logistica e l'organizzazione dell'U.O. e dei servizi. Ogni giornata prevedeva anche la discussione di un caso clinico per rinforzare le conoscenze nella gestione di specifiche tipologie di pazienti.

A sostegno dei coordinatori infermieristici delle singole Unità Operative, sono stati identificati due infermieri esperti (in qualità di tutor clinici) a cui è stato dato il compito di stimolare i processi di crescita sia individuale che di gruppo, facilitare l'apprendimento di procedure tecniche, protocolli o interventi assistenziali tipici dei reparti di medicina e favorire l'integrazione ed il raggiungimento dell'autonomia richiesta ad un professionista appena inserito. Allo stesso tempo i coordinatori infermieristici hanno modificato il proprio ruolo: dal semplice controllo degli esiti assistenziali (attività collegata alla supervisione del personale di cooperativa) ad un recupero del ruolo manageriale e gestionale in sinergia con i due tutor clinici.

Processo di valutazione

Il processo di valutazione per determinare l'esito del percorso di inserimento è risultato particolarmente oneroso. Per la valutazione dei 43 infermieri neoassunti è stata predisposta una scheda di valutazione con obiettivi da raggiungere ("scheda di valutazione competenze tecnico-specifiche per l'infermiere delle U.O. di Medicina Interna") finalizzata al monitoraggio delle conoscenze acquisite e alla conferma della prosecuzione del rapporto di lavoro a tempo determinato. Vista l'eccezionalità dell'inserimento con gruppi infermieristici da costituirsi e la necessità di mappare le conoscenze teoriche e le abilità tecniche, in questa prima fase non si è ritenuto opportuno definire i livelli di competenza a fronte di una valutazione di breve periodo, rimandando la mappatura delle competenze alla successiva valutazione annuale.



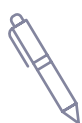
RISULTATI

Grazie ad un processo molto complesso dal punto di vista organizzativo, e nonostante le prevedibili criticità, è stato possibile creare un gruppo di lavoro, totalmente rinnovato, autonomo nella presa in carico dei pazienti, anche per la disponibilità individuale a costituirsi come team di professionisti. Il gruppo di infermieri neoassunti (costituito da 31 infermiere di sesso femminile e 12 infermieri di

sesso maschile) ha un'età media di 27.3 ± 3.4 anni e un'anzianità di servizio di 2.6 ± 1.7 anni. L'esito del processo di inserimento è stato analizzato tramite i punteggi delle schede di valutazione.

La scheda di valutazione prende in considerazione diverse aree di competenza specifica (conoscenza del contesto, presa in carico della persona assistita, abilità tecniche e gestione di tipologie di pazienti specifici, gestione dell'urgenza, educazione sanitaria nella relazione di cura, capacità di relazione e di lavoro in équipe oltre a formazione e ricerca).

Il punteggio della valutazione è stato suddiviso per fasce: 0-59 (insufficiente), 60-75 (sufficiente), 76-90 (buono), 91-100 (ottimo). 2 infermieri (5%) hanno ricevuto una valutazione "insufficiente" e interrotto il rapporto di lavoro, 1 infermiera (2%) ha rassegnato le dimissioni volontarie dopo 1 mese di lavoro, 14 infermieri (32%) hanno ottenuto una valutazione "sufficiente" e 25 infermieri (58%) il giudizio "buono". La stabilizzazione del gruppo di lavoro è tuttavia rimasta un elemento critico poiché 2 infermieri (che avevano superato il periodo di inserimento) hanno rassegnato le dimissioni dopo la chiamata da graduatorie da parte di altri ospedali e la sostituzione non è avvenuta contestualmente.



CONCLUSIONI

Dopo tredici anni la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano ha internalizzato una funzione rilevante e strategica come quella dell'attività assistenziale svolta dagli infermieri delle UU.OO. di Medicina Interna al fine di rispondere con elevati standard assistenziali ai bisogni di salute del cittadino. Questo obiettivo è stato raggiunto, nonostante il grande impegno economico, grazie all'intervento straordinario di assunzione di personale voluto da una Direzione che ne ha condiviso la rilevanza.

Le strategie adottate per portare a buon fine il percorso intrapreso hanno richiesto un importante coinvolgimento di tutte le strutture amministrative e professionali presenti in Fondazione. Un aspetto vincente è stato quello di agire in maniera sinergica tra medici e infermieri nell'attuazione delle attività previste dalla progettazione. Nonostante i buoni risultati organizzativi ottenuti in questo primo anno, sono ancora molteplici gli aspetti da migliorare, soprattutto in termini di crescita e organizzazione del team professionale che si presenta molto giovane (sia dal punto di vista anagrafico che esperienziale) ma con grandi potenzialità.

La risposta organizzativa per continuare sulla strada intrapresa con l'internalizzazione sarà quella di modificare il modello organizzativo implementando il modello del Primary Nursing.

PUNTI DI FORZA

Ottimizzazione del processo di inserimento mediante percorso strutturato

Integrazione con le altre figure professionali

Gruppo professionale uniforme e maggiormente ricettivo al cambiamento

CRITICITÀ

Gruppo professionale giovane e con poca esperienza professionale

Stabilità del personale non ancora completamente raggiunta per mobilità in uscita (personale vincitore di concorso a tempo indeterminato presso altri ospedali)

Aumento del rapporto infermiere/pazienti e riduzione dei minuti di assistenza erogati



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Coordinatore Infermieristico, Responsabile Infermieristico di Area, Dirigente della Direzione Professioni Sanitarie, Responsabile Medico di U.O. e Dirigenti Medici



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Le fasi di realizzazione del progetto sono sinteticamente riportate:

gennaio - giugno 2017:

contrattazione per le risorse aggiuntive

per l'assunzione del personale infermieristico

maggio - luglio 2017:

progettazione per il subentro del personale dipendente a quello della cooperativa

giugno - luglio 2017:

formazione dei gruppi di lavoro e sviluppo del progetto formativo e delle schede di valutazione

luglio - settembre 2017:

identificazione dei tutor clinici e progettazione della formazione sul campo

settembre - novembre 2017:

valutazione del personale neoassunto e monitoraggio degli esiti delle valutazioni



UNITÀ DI DEGENZA DI AREA MEDICA E CHIRURGICA
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI
ADDOLORATA

Professional Assessment Instrument (PAI):

un sistema informativo per la pianificazione delle cure infermieristiche. Esiti favorevoli nella riduzione del rischio di errore e cure mancate (Missed Care)

Dott.ssa Leto Antonella Direttore U.O.C. Direzione Assistenza Infermieristica

Dott. Fabio d'Agostino PhD Infermiere ricercatore U.O.C. Direzione Assistenza Infermieristica

Azienda Ospedaliera San Giovanni addolorata di Roma



ABSTRACT

Il Professional Assessment Instrument (PAI) è un sistema informativo infermieristico utile a documentare l'assistenza infermieristica ospedaliera tramite l'utilizzo di una terminologia infermieristica standard (diagnosi infermieristiche, interventi infermieristici, scale di valutazione). Il PAI contiene al suo interno un sistema di supporto alla decisione assistenziale (**clinical decision support system**) per facilitare gli infermieri nella scelta del piano assistenziale più appropriato. Tale sistema di supporto, sulla base dei dati raccolti dagli infermieri durante l'accertamento (secondo il modello di **M. Gordon**) suggerisce la presenza di alcuni problemi assistenziali (diagnosi infermieristiche) e dei relativi interventi. Inoltre, il PAI oltre alla sua funzione di documentazione infermieristica permette la raccolta di un **Minimum Data Set Infermieristico** utile per scopi organizzativi e di ricerca.

Il PAI è presente nella intranet aziendale al seguente indirizzo <http://srvpai/Login.aspx> Gli infermieri possono accedere all'applicativo PAI tramite il proprio nome utente e password. Il PAI è costituito dai seguenti 7 moduli: Anagrafica, Accertamento, Diagnosi Infermieristiche, Interventi Infermieristici, Complicanze Cliniche, Diaria, Dimissione. Il PAI è stato identificato dal programma di Rischio Cinico Aziendale quale strumento per la tracciabilità delle cure infermieristiche, a supporto della riduzione degli eventi avversi: il suo utilizzo è stato deliberato ad agosto 2018 all'interno della cartella clinica cartacea e informatizzata aziendale.



OBIETTIVI

Il Processo di assistenza infermieristica è caratterizzato dalla pianificazione delle cure di cui gli infermieri rispondono per gli esiti di competenza. L'utilizzo di uno strumento informativo per la pianificazione dell'assistenza (PAI), garantisce la presa in carico di tutti i problemi individuati nell'accertamento, un migliore utilizzo del tempo assistenziale degli infermieri, un corretto passaggio di informazioni, una chiara definizione degli interventi assistenziali secondo EBN, riducendo la variabilità degli stessi e limitando in tal modo il rischio di eventi avversi e di cure mancate (**Missed Care**). L'**end point** primario è abbattere la completa omissione o la parziale esecuzione degli interventi assistenziali per offrire

prestazioni assistenziali mirate alla qualità, sicurezza ed appropriatezza. Tale Progetto si allinea con la progressiva riconversione dell'Azienda Ospedaliera secondo livelli diversificati di intensità di cura in cui si sta configurando il **Primary Nursing** come modello corrente di gestione dell'assistenza infermieristica (infermiere referente di modulo assistenziale).



METODO

L'utilizzo del sistema è in fase di progressiva implementazione. La sperimentazione è iniziata a giugno 2017, mediante atto di convenzione tra l'AOSGA e l'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma e l'Università degli Studi di Tor Vergata. È stata effettuata una formazione specifica a tutti agli infermieri delle 3 UU.OO. oggetto della sperimentazione di cui una pediatrica, rivolta a circa 60 infermieri. Nel 2017 sono stati effettuati i primi 3 corsi di formazione teorica e pratica del software e 2 visite presso il Policlinico Gemelli, ad oggi unico Ospedale italiano in cui il PAI è correntemente utilizzato, per consentire agli infermieri dell'AOSGA di conoscere personalmente il **setting** dove viene utilizzato il software e interfacciarsi direttamente con i colleghi utilizzatori. Sono stati inoltre effettuati dei **Focus Group** con gli infermieri delle UU.OO. coinvolte nella sperimentazione ed è stata assicurata la consulenza sia telefonica (help desk) che sul campo fornita dall'Infermiere ricercatore, esperto del sistema PAI. La formazione in aula si è estesa per tutto l'anno 2018 ed è attualmente in corso per l'anno 2019 nei confronti di tutti i restanti infermieri assegnati alle unità operative di degenza delle aree

mediche e chirurgiche dell'Azienda Ospedaliera al fine di coprire la formazione dei restanti infermieri. Alla fine del percorso formativo saranno state coinvolte tutte e 19 UU.OO. per complessivi 350 Infermieri. Nel 2019 si procederà all'utilizzo del programma a seguito dell'integrazione del PAI con il sistema informatizzato della documentazione clinica.



RISULTATI

È stata condotta una sperimentazione sull'uso del PAI mediante una Tesi di laurea in Infermieristica, nell'anno 2018, che ha correlato l'uso dello strumento informativo e la riduzione delle cure mancate (Missed Care). La tesi ha dimostrato che la pianificazione assistenziale, mediante il sistema informativo PAI, è stata in grado di fornire al professionista elementi di giudizio e di supporto all'assistenza.

In particolare è stato dimostrato che:

- L'utilizzo di un sistema informatizzato ha determinato una riduzione delle Missed Care, perché ha consentito di attuare gli interventi pianificati nel piano assistenziale. Si sono registrati e controllati tramite "la diaria informatizzata" le attività che l'infermiere ha svolto rispetto a quello che doveva svolgere
- L'applicazione del piano assistenziale informatizzato ha permesso di ridurre l'insorgenza di eventi avversi quali lesioni da pressione, cadute, infezioni, evitando un prolungamento delle giornate di degenza
- Vi è stata una migliore conservazione e tracciabilità dei dati e maggiore qualità del servizio assistenziale, utile in caso di contenziosi con l'utenza, di cui alla Legge Gelli





CONCLUSIONI

Alla fine del 2019 tutti gli infermieri assegnati alle UU.OO. coinvolte nel progetto avranno terminato la formazione per utilizzare il PAI. Allo stato attuale è stato comunque raggiunto lo scopo di portare in aula circa 350 professionisti per riappropriarsi della metodologia del processo di Nursing, sulle Diagnosi Infermieristiche per descrivere e monitorare l'attività da svolgere e valutare l'efficacia del modello assistenziale. La formazione a tappeto ha prodotto il coinvolgimento degli Infermieri sull'utilizzo di un linguaggio comune e sulla consapevolezza che i sistemi informativi professionali possono ridurre la variabilità dell'intervento infermieristico e migliorare gli esiti delle cure.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri Generalisti e Pediatrici delle UU.OO., Coordinatori, Posizioni Organizzative, Servizio di Formazione Aziendale, Corso di Laurea in Infermieristica, Servizio ICT Aziendale, Servizio di Rischio Clinico, Direzione Strategica.



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

3 anni (2016-2019)

Bibliografia

D'Agostino F, Zeffiro V, Vellone E, Ausili D, Belsito R, Leto A, Alvaro MR (2018) Cross-Mapping of Nursing Care Terms Recorded in Italian Hospitals into the Standardized NNN Terminology International Journal Of Nursing Knowledge Article DOI: 10.1111/2047-3095.12200
D'Agostino F, Sanson G, Cocchieri A, Vellone E, Welton J, Maurici M, Alvaro R, Zega M. (2017). Prevalence of nursing diagnoses as a measure of nursing complexity in a hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, Sep;73(9):2129-2142. doi: 10.1111/jan.13285.
Zega M, D'Agostino F, Bowles KH, De Marinis MG, Rocco G, Vellone E, Alvaro R. (2014). Development and validation of a computerized assessment form to support nursing diagnosis. *International Journal of Nursing Knowledge*, Feb;25(1):22-9. doi: 10.1111/2047-3095.12008.
D'Agostino F, Zega M, Rocco G, Luzzi L, Vellone E, Alvaro R. (2013). Impact of a nursing information system in clinical practice: a longitudinal study project. *Annali di Iggiene*, Jul-Aug;25(4):329-41. doi: 10.7416/ai.2013.1935.
D'Agostino F, Vellone E, Tontini F, Zega M, Alvaro R. (2012). Development of a computerized system using standard nursing language for creation of a nursing minimum data set. *Professioni Infermieristiche*, Apr-Jun;65(2):103-9.

PUNTI DI FORZA

Importante incoraggiamento e adesione del progetto da parte della Direzione Sanitaria Aziendale e dal Risk Manager che hanno individuato nella Pianificazione degli interventi assistenziali fornita dal PAI, uno strumento di qualificazione professionale e uno strumento di management per la prevenzione degli eventi avversi, in quanto programma informativo atto a tracciare le attività. È stata inoltre richiesta da parte della Professione Ostetrica lo sviluppo di omologo sistema per la gestione dell'assistenza nel percorso nascita.

CRITICITÀ

Sin dall'inizio della sperimentazione, si è evidenziata la necessità che il PAI dovesse essere completamente integrato nel sistema di gestione del paziente (ADT): ad oggi il PAI è ancora un'interfaccia non integrata e tale condizione aumenta i tempi di utilizzo del programma che viaggia sul web. Sistemi informativi aziendali non performanti rallentano l'inserimento dei dati nel sistema e spesso "scoraggiano" gli utilizzatori. In alcuni reparti specialistici, è stata richiesta una modifica del programma PAI, in quanto non abbastanza flessibile in riferimento alle necessità degli utilizzatori (Urologia).



QUALITÀ, APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DELLE CURE

Tracciabilità e miglioramento delle attività infermieristiche negli Ambulatori di Cure Primarie (NCP)

Dott.ssa Martinelli Gigliola

Dott.ssa Colantoni Anna Maria - ASL Roma 3, Lazio

Gruppo di Lavoro

Infermiera Coordinatrice SID – Comune di Fiumicino CPSE E. Millevolte

Infermiera Coordinatrice SID – X Municipio CPSE E. Mancini, Infermiera

Coordinatrice NCP ASL RM 3 CPSE L. De Vincenzi, Infermieri NCP ASL RM

3, CPSI M. Pavia (NCP Fiumicino), CPSI M. Mazzola (NCP Fregene), CPSI N.

Marianelli (NCP Casal Bernocchi)



ABSTRACT

I Nuclei di Cure Primarie sono ambulatori che erogano prestazioni sanitarie a garanzia della continuità assistenziale. Forniscono, altresì, attività di orientamento sanitario in particolare per i soggetti fragili, residenti e non e stranieri temporaneamente presenti e per i bambini al di sopra dei 6 anni di età. Garantiscono prestazioni ambulatoriali h 24 per 365 giorni l'anno. L'accesso è dedicato ai cittadini che esprimono un bisogno di salute ma non sono in pericolo di vita e non devono accedere in un Pronto Soccorso Ospedaliero. L'analisi del contesto effettuata presso gli NCP ha evidenziato:

- Assenza di un piano delle attività infermieristiche dei NCP
- Assenza della "Job Description" dell'Infermiere di NCP
- Assenza di un sistema di tracciabilità delle attività infermieristiche erogate

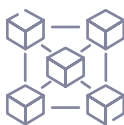
Il progetto persegue il miglioramento di quella attività carente che riveste una rilevanza professionale maggiore dal punto di vista dell'adeguamento della struttura nella gestione della qualità professionale, dell'appropriatezza prestazionale e della sicurezza delle cure erogate che consenta la tracciabilità delle prestazioni infermieristiche effettuate nell'ambito degli Ambulatori di Cure Primarie.



OBIETTIVI

Nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

OBIETTIVI SPECIFICI CON RISULTATI ATTESI	INDICATORI UTILIZZATI
OBIETTIVO SPECIFICO 1 Elaborare la job description dell'infermiere di NCP	Il 100% degli infermieri di NCP conosce e applica la job description
OBIETTIVO SPECIFICO 2 Elaborare lo strumento "scheda inf.ca NCP"	Il 100% dei contenuti elaborati compaiono sulla scheda
OBIETTIVO SPECIFICO 3 Formare gli infermieri di NCP all'utilizzo della Scheda Infermieristica	Numero di infermieri che hanno superato positivamente il corso formativo/ numero totale di infermieri partecipanti al corso (>90%)
OBIETTIVO FINALE DI ESITO	Tracciabilità delle attività infermieristiche e della continuità assistenziale in NCP (>90%)



METODO

Al termine dell'analisi organizzativa e con il fine di raggiungere gli obiettivi attesi è stato costituito un gruppo di lavoro, in cui ogni singolo soggetto rappresentava una specifica realtà professionale e logistica, costituito da:

- Infermiera Coordinatrice SID – Comune di Fiumicino CPSE E. Millevolte
- Infermiera Coordinatrice SID - X Municipio CPSE E. Mancini
- Infermiera Coordinatrice NCP ASL RM 3 CPSE L. De Vincenzi
- Infermieri NCP ASL RM 3
 - CPSI M. Pavia (NCP Fiumicino)
 - CPSI M. Mazzola (NCP Fregene)
 - CPSI N. Marianelli (NCP Casal Bernocchi)

Questo gruppo, partendo dalla revisione della letteratura alla ricerca di modelli validati dalla comunità scientifica professionale e dall'analisi delle normative cogenti in materia di sicurezza delle cure, rendicontazione e tracciabilità delle attività assistenziali, ha iniziato a sviluppare uno strumento costruito appositamente sulle esigenze infermieristiche che consentisse la tracciabilità delle attività in termini quanti/qualitativi, attraverso la registrazione dell'attività svolte, perseguendo quali caratteristiche definenti:

- la tempestività
- la cronologicità
- la veridicità
- la completezza
- la chiarezza
- la rintracciabilità
- la contestualizzazione

Al termine della revisione, scelto il modello professionale della complessità assistenziale ed individuati gli indicatori ed i valori di riferimento per la gradazione del peso assistenziale da assegnare, è stata costruita una prima scheda sottoposta alla prevalidazione di tutti gli infermieri degli NCP che hanno fornito contributi fondamentali per la rivalutazione di alcuni aspetti non inizialmente compresi. La seconda stesura della scheda è stata approvata dall'intera équipe assistenziale. La scheda finale è stata trasmessa alla U.O. C. Risk Management per la prevalidazione ai fini dell'avvio della fase di sperimentazione.



RISULTATI

La scheda ha superato la fase di sperimentazione ed al momento sono in corso le analisi multifattoriali dei risultati per procedere alla sua validazione ed adozione ufficiale con inserimento nel manuale di qualità aziendale.

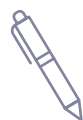
PUNTI DI FORZA

Il punto di forza di questo progetto è rappresentato dalla spinta ricevuta dagli stessi infermieri operanti negli NCP Aziendali.

Infatti la necessità di individuare uno strumento capace di tracciare quali/quantitativamente le attività assistenziali è stata formulata dagli infermieri che hanno attivamente partecipato all'intero processo di tracciatura, revisione della letteratura e costruzione di una scheda infermieristica appropriata agli specifici bisogni di salute della popolazione afferente offrendo un contributo personale e competente sulle aree da inserire.

CRITICITÀ

Il mancato utilizzo dei dati forniti dalle schede in termini di miglioramento della ricaduta organizzativa sull'impatto assistenziale, unito alla difficoltà di mettere "in rete" queste informazioni potrebbe provocare una diminuzione della compliance degli infermieri.



CONCLUSIONI

Il progetto ha determinato una potente spinta dell'intero team assistenziale assegnato a tutti gli NCP aziendali verso la determinazione di una

visibilità professionale finora non evidenziata e né evidenziabile tramite nessuno strumento di rendicontazione e/o reporting presente e/o adottato in Azienda.

Nel mese di febbraio, al fine di fornire uno specifico report sollecitato da Regione, la presenza di queste schede (seppure ancora non ufficialmente validate) ha consentito una puntuale ricostruzione delle attività erogate nei Presidi per qualità, quantità, tipologia e durata della prestazione (dalla presa in carico nella struttura al termine delle cure prestate). Questo modello consente, altresì, di assegnare un codice di complessità prestazionale che per le attività ambulatoriali, a cui sono assimilate quelle dei NCP, non è attualmente ancora stato definito dalla Regione stessa.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Legenda:

- I (informato)
- C (coinvolto)
- R (responsabile)
- NC (non coinvolto)

	CPSI NCP	COORDINATORE INFERMIERISTICO NCP SIDAL	RESP. INFE.CO DISTRETTUALE	DIRIGENTE DI PROSAN	DIREZIONE SANITARIA
OBIETTIVO ATTIVITÀ					
Elaborare la job description dell'infermiere di NCP	C	R	I	I	I
Elaborare SCHEDA NCP	C	R	C	I	I
Formare gli infermieri all'utilizzo SCHEDA NCP	C	R	C	C	I



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

	2018												2019			
OBIETTIVO/ATTIVITÀ	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC	GEN	FEB	MAR	APR
OBIETTIVO SPECIFICO N.1 "JOB DESCRIPTION"																
Mandato obiettivo di budget 2018 diprosan																
Elaborazione "job description"																
Job analysis																
Job description																
Presentazione della job description al dirigit DIPROSAN																
Implementazione																
OBIETTIVO SPECIFICO N.2 "COSTRUZIONE DELLO STRUMENTO-SCHEDA"																
Redigere i contenuti																
Elaborazione grafica strumento cartaceo																
Elaborazione grafica S.I. MODS o SOFTWARE																
OBIETTIVO SPECIFICO N.3 "FORMAZIONE"																
Identificazione degli obiettivi formativi																
Presentazione/formazione all'utilizzo della scheda																
Pianificazione																
Coinvolgimento destinatari																
Produzione brochure informativa della presentazione																
Divulgazione dell'adozione dello strumento cartaceo "scheda"																
UTILIZZO strumento operativo cartaceo "SCHEDA"																
FASE SPERIMENTALE																
ELABORAZIONE DATI/ INFORMAZIONI VALUTAZIONE																
IMPLEMENTAZIONE S.I. MODS o SOFTWARE																

GESTIONE INFERMIERISTICA

L'Unità di Degenza Infermieristica & Dedicated Education Unit

Dott.ssa Lorena Martini - Direttore Professioni Sanitarie – ASL Frosinone Regione Lazio

Dott. Gennaro Scialò RN, MSN, PhD Direttore Didattico Laurea in Infermieristica Facoltà di Medicina, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione Università di Roma "Tor Vergata", Sede ASL Frosinone – Sora e Ceccano

Dott.ssa Loreana Macale RN, MSN, PhD Vice Direttore Didattico Laurea in Infermieristica Facoltà di Medicina

Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione Università di Roma "Tor Vergata", Sede ASL Frosinone – Sora e Ceccano



ABSTRACT

L'Unità di Degenza a Gestione Infermieristica della Casa della Salute di Ceccano, viene inaugurata il 04 giugno 2018, dopo l'UDI di Pontecorvo e di Anagni, ma come Degenza Infermieristica & Dedicated Education Unit, progetto sperimentale che vede un coinvolgimento più diretto delle sedi in convenzione con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Ateneo di Tor Vergata per il CdL in Infermieristica della ASL di Frosinone.

La **"Dedicated Education Unit"**, ovvero DEU, è un modello di formazione clinica innovativo per le professioni sanitarie (Hannon et al., 2012; Claeys et al., 2015; Randon, 2017; Crawford et al., 2018), che prevede una organizzazione strutturale in unità operative, dedicate alla formazione che rappresentano il luogo ove l'insegnamento accademico clinico e le unità di degenza diventano

l'ambiente di insegnamento-apprendimento ottimale condiviso tra gli stessi studenti universitari, il personale infermieristico e i tutors clinici. Prevede la forte integrazione dell'attività clinica e assistenziale con l'insegnamento, attraverso la stretta collaborazione tra il team di un reparto e i docenti universitari. Sulla base di queste definizioni e premesse scientifiche, il modello DEU viene descritto in letteratura come la forma più avanzata di partnership ed integrazione tra il mondo accademico e le strutture sanitarie (Smyer et al., 2015; Kirschling & Erickson, 2010; Crawford et al., 2018), garante di un apprendimento significativo, che supera i modelli di tirocinio tradizionali.



OBIETTIVI

La Dedicated Education Unit risponde alle esigenze degli studenti in termini di riduzione del gap teoria-pratica ma anche dell'organizzazione, perché sembra possa avere un effetto positivo anche sul turn-over del personale e sulla qualità dell'assistenza (Randon, 2017; Palese et al., 2017), facilita la formazione sul campo degli studenti come parte integrante del team Infermieristico, partecipazione attiva degli studenti alla mission istituzionale dell'U.O. Inoltre è teso a promuovere linee di ricerca su aspetti clinici-assistenziali, nonché relativamente a processi assistenziali che necessitano di definizione epidemiologica e di miglioramento continuo della qualità (Macale, 2014; 2016), in tutte le sue fasi

assistenziali, anche attraverso l'individuazione di outcome sensibili all'assistenza (Nursing Sensitive Outcomes - NSO), valorizzando le competenze cliniche di base e avanzate. Al fine di indagare i risultati preliminari del progetto sperimentale dall'apertura della Degenza Infermieristica & Dedicated Education Unit ad oggi, gli obiettivi specifici sono stati:

- Effettuare una descrizione analitica del contesto clinico organizzativo
- Analizzare tutte le variabili presenti nella cartella infermieristica
- Valutare come il contesto organizzativo influenza l'acquisizione delle technical e non technical skills degli studenti di infermieristica
- Valutare la qualità percepita di apprendimento da parte degli studenti di Infermieristica



METODO

Studio descrittivo – osservazionale, condotto sulle cartelle infermieristiche in uso presso l'UDI e somministrazione di un questionario costruito ad hoc agli studenti di infermieristica di Tor Vergata della sede di Sora e Ceccano a fine ciclo di tirocinio presso la DEU

All'interno della cartella infermieristica sono state analizzate le variabili socio demografiche di tutti i pazienti ricoverati a partire dall'apertura dell'UDI, la durata della degenza, la diagnosi d'ingresso, il motivo e il tipo di ricovero, la provenienza secondo i criteri di ingresso, le scale di valutazione del dolore di vita quotidiana (ADL), la presenza o meno di dispositivi, i criteri di dimissione, la complessità assistenziale (I.C.A) e alcuni nursing sensitive outcome.

Il questionario somministrato agli studenti è caratterizzato da una parte iniziale che permette di analizzare dati socio anagrafici, la provenienza della sede del CdL (Sora o Ceccano), l'anno accademico in cui sono iscritti, le ore di tirocinio effettuate in UDI e all'interno di un reparto ospedaliero e 10 items per valutare l'esperienza di tirocinio degli studenti in UDI rispetto a quella del tirocinio effettuato in reparto ospedaliero, la cui modalità di risposta prevedeva una scala Likert a 7 passi, che andava dal totalmente in disaccordo al totalmente in accordo.



RISULTATI

È stato condotto uno studio quasi sperimentale da giugno, coincidente con l'apertura dell'UDI, a ottobre 2018, effettuando un'analisi descrittiva

osservazionale dei dati raccolti ed estrapolati dalle variabili individuate nella cartella infermieristica in uso presso l'UDI e il questionario somministrato agli studenti di Infermieristica.

Il campione oggetto di studio è rappresentato da tutti i pazienti ricoverati nell'arco temporale giugno–ottobre 2018 e tutti gli studenti assegnati in tirocinio clinico nello stesso arco di tempo. L'elaborazione dei dati è stata effettuata attraverso il software IBM SPSS Statistics 21.0 ITA.

Per quanto attiene i dati socio demografici si è valutato, in base all'età del paziente, la rete familiare, ovvero con chi vivessero nella loro abitazione. Dai dati emerge che vivono con i familiari l'8% dei pazienti nati tra il 1920-1930, il 12% dei pazienti nati tra 1931-1940, il 12% dei pazienti nati tra il 1941-1950, infine quelli che vivono con i familiari nati tra il 2001-2010 rappresentano il 4%. Inoltre, il 12% dei pazienti che vivono con il coniuge nati tra 1931-1950 rappresentano il 24%. Per quanto attiene i tempi di degenza, è stato riscontrato che il 38,1% dei pazienti ha avuto un tempo di degenza tra 1-5 giorni, il 14,3% tra 6-10 giorni e 11-15 giorni, infine il 33,3% un tempo di degenza superiore a 15 giorni ma comunque inferiore a 20.

Esaminando le diagnosi in ingresso, la riabilitazione rappresenta il 14,3% del campione analizzato, il 9,5% è rappresentato sia dalla diagnosi di lesione da pressione agli arti inferiori, che dalla diagnosi di obesità e scompenso cardiaco. Mentre circa il motivo del ricovero, quello più frequente è stato correlato alla riabilitazione, con una percentuale rispetto al campione totale del 55,6%, e rappresenta il valore più alto rispetto ad altri motivi di ricovero. Segue continuità terapeutica con un valore del 11,1% con una frequenza di 2, e successivamente tutti gli altri motivi di ricovero, con una percentuale di 5,6%. Sono stati analizzati all'interno di ogni cartella infermieristica i criteri di Continuità Assistenziale, divisi in 9 criteri di ingresso e corrispettivi 9 criteri di uscita. Dall'analisi effettuata, i risultati più rilevanti e di maggiore interesse in termini di NSO sono stati il criterio di ingresso e uscita 1, ovvero autonomia nelle ADL, dalla cui comparazione è emerso che il grado di autonomia del paziente dimesso è passato dal 46,2% al 52,4% per il parzialmente autonomo, dal 26,9% al 19% per il non autonomo e dal 26,9% al 23,8% per il paziente autonomo, inoltre in uscita si è evidenziato che il 4,8% ha un'autonomia transitoria, provenienti dall'area in ingresso di non autonomia.

Altro NSO rilevante a livello infermieristico, è stato quello se il paziente fosse in grado di gestire in autonomia le prescrizioni, infatti facendo un confronto, si è rilevato un incremento del 14,7% dei pazienti che sono stati in grado di gestire le prescrizioni, ossia una diminuzione del 14,7% dei pazienti non sono in grado di gestirle in maniera autonoma in fase di dimissione. Altro strumento presente nella cartella infermieristica per la valutazione del grado di indipendenza è dato dall'Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA), dallo studio emerge che il 52% dei pazienti è stato classificato con bassa complessità assistenziale, il 40% con media complessità e 8% con alta complessità assistenziale.

Per quanto attiene l'analisi dei questionari somministrati agli studenti, in base al campione analizzato, il 4% degli studenti che ha effettuato il tirocinio ospedaliero nel range compreso fra le 2221-2400 ore, ha eseguito un tirocinio in UDI che variava fra le 41-160 ore, inoltre si è registrata l'assenza di studenti che non hanno effettuato tirocinio ospedaliero inferiore alle 1000 ore, e tirocinio nell'UDI non oltre le 260 ore, essendo il criterio di assegnazione in UDI quello di frequentare il 3° anno in corso e fuori corso.

Infatti, vi è stata la presenza in questo lasso di tempo, del 52% di studenti che frequentano il 3° anno, e il 48% di studenti che sono fuori corso.

Infine, sempre dal punto di vista socio demografico, si è analizzata la percentuale di studenti che hanno effettuato il tirocinio in UDI, riscontrando il 36% di studenti di età compresa tra 20-22 anni, il 26,7% di età comprese tra 23-25 anni, 24% di età compresa tra 26-28 anni, e l'8% di età compresa tra 32-40 anni. Per quanto attiene gli items del questionario, il valore in media più basso ottenuto, ma più significativo, è dato dall'item che valutava se agli studenti gli fosse mai capitato durante l'esperienza di apprendimento in UDI di sentirsi insicuro a causa dell'assenza del medico, si è riscontrato un valore del 1% con una media di 2,88; sta a significare che gli studenti hanno dato la maggior parte delle risposte, posizionandosi nella scala likert al "leggermente in disaccordo".

Il dato più alto in termini di media sui valori della scala likert, invece, è stato rilevato in corrispondenza dell'item che andava ad analizzare se lo studente avesse avuto modo con questa esperienza di tirocinio di sentirsi maggiormente in grado di gestire la relazione con il paziente, gli studenti hanno risposto a con una media del 5,67%, che sta ad indicare che

si sono posizionati maggiormente sull'opzione di risposta "moderatamente d'accordo".

Nel complesso si è riscontrato un atteggiamento positivo degli studenti, i quali non hanno vissuto con stress ed insicurezza l'assenza della figura medica all'interno dell'UDI 24 ore su 24, fatto che denota come la presa in carico dell'individuo sia estremamente legata alle problematiche assistenziali e meno agli eventuali problemi collaborativi, denotando una attitudine all'esercizio professionale con elevate caratteristiche di autonomia, dato confermato anche dal fatto che il 90% circa degli studenti riferisce che preferirebbe lavorare in futuro in UDI piuttosto che in Ospedale.



CONCLUSIONI

Nell'Unità di Degenza Infermieristica, definita come un'area di cure intermedie, accedono pazienti classificati con un alto indice di complessità assistenziale e bassa intensità di cura.

I dati riscontrati per la determinazione della complessità assistenziale sono ancora leggermente discostanti da quanto riportato ne DCA 247/2014, in quanto circa il campione analizzato, si è visto che al 52% dei pazienti è stato classificato con bassa complessità assistenziale, il 40% con media complessità e solo l'8% con alta complessità.

Quindi si deduce che all'ingresso i pazienti non hanno un alto Indice di complessità assistenziale, molto probabilmente a causa di una ulteriore necessità di maggior cura nella selezione dei pazienti e i relativi criteri di ingresso e anche di una maggior esperienza, essendo l'UDI di Frosinone di recente apertura. D'altronde l'UDI della AS.L. di Frosinone all'interno della Casa della Salute di Ceccano è del tutto innovativa, soprattutto per quanto concerne la DEU La confluenza di pazienti con bassa complessità assistenziale è determinata anche dal fatto che i MMG non abbiano ancora ben compreso quale tipologia di pazienti possono essere eleggibili in UDI, ma anche da parte dei medici specialistici degli Ospedali per acuti, dunque lontani dalla concezione della continuità assistenziale di cui possono necessitare i pazienti.

PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ

Per gli studenti dell'Università degli studi di Roma Tor Vergata della sede di Sora e Ceccano, è stata la prima esperienza all'interno di una degenza infermieristica. Si potevano riscontrare nello svolgimento di attività infermieristiche delle incertezze, o meglio paure per l'assenza del medico nel gestire ad esempio le urgenze. Invece, dai dati dei questionari, gli studenti si sentono capaci e pronti per svolgere attività infermieristiche in maniera del tutto autonoma, aumentando così le loro competenze e ottenendo migliori outcomes. Si è riscontrato poi, all'interno dell'UDI, che gli studenti hanno maggior tempo di socializzare con i pazienti, in maniera tale da valutare quali sono le paure di quest'ultimi e i bisogni di cui necessitano.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri, Infermieri Tutors Didattici e studenti del CdL in Scienze Infermieristiche



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

5 mesi





AREA ORGANIZZATIVA AZIENDALE AMBULATORIALE E DIURNA

Centro programmazione ricoveri chirurgici e del day service aziendale (CPRA) a gestione infermieristica

Dott.ssa Meinero Rosanna Responsabile gestione delle attività e funzioni afferenti alla SS Direzione Professioni Sanitarie

Dott.ssa Brao Silvana

Dott. Dogliotti Daniele

Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle, Cuneo

- del Centro programmazione ricoveri chirurgici e del Day Service Aziendale
- del Recupero e riabilitazione funzionale
- della Accettazione e Cassa
- dell'Emodialisi/Dialisi peritoneale/Amb. Trapianti

Tutto il personale del comparto sanitario, operante presso l'Area Organizzativa Aziendale Ambulatoriale e Diurna, è assegnato al Dirigente Responsabile della S.S. Di.P.Sa che assume anche la delega delle funzioni di datore di lavoro, ai sensi dell'art. 16 del Dlgs 81/08 e ss.mm.ii.



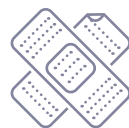
AREA DI INTERVENTO DEL PROGETTO

Durante il processo di riorganizzazione aziendale, derivante dall'applicazione del nuovo Atto Aziendale (anno 2017)

si è costituita, con delibera n. 281/2017, un'Area organizzativa aziendale ambulatoriale e diurna, a servizio di tutti i Dipartimenti clinici aziendali.

L'Area Organizzativa Aziendale Ambulatoriale e Diurna, distribuita sui due presidi ospedalieri (PO) di cui il PO Santa Croce in centro città e il PO Carle a 3 Km di distanza, comprende le attività:

- delle specialità chirurgiche e mediche per un totale di 24 offerte prestazionali
- del Centro per la salute della Donna
- del Day hospital oncologico
- della Farmacia
- del Centro accoglienza servizi



ABSTRACT

Il progetto è nato nel 2011 sotto il coordinamento del Dipartimento Chirurgico con la Centralizzazione delle attività delle Strutture di Chirurgia

Generale, Ortopedia, Urologia e Chirurgia Day Surgery.

A seguito della necessità di attivare la Centralizzazione del sistema di prenotazione e programmazione delle procedure chirurgiche (in regime di ricovero ordinario, Day Surgery, Ambulatoriale Complesso), intesa come strategia fondamentale per garantire la trasparenza delle procedure, l'accessibilità, l'equità e l'uso appropriato delle risorse nel 2013, durante un processo di riorganizzazione aziendale, il Centro ha assunto valenza aziendale e sono state inserite le Strutture

di Otorinolaringoiatria, Chirurgia Maxillo Facciale, Chirurgia Plastica, Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Senologia, Ginecologia, Oculistica, Neurochirurgia.

L'istituzione del Servizio non ha preso ispirazione da altre realtà già esistenti in quanto non disponibili riferimenti in letteratura, la ricerca si è focalizzata sulle normative prodotte a livello nazionale e regionale in materia di gestione delle liste di attesa. L'istituzione di un centro per la programmazione dei ricoveri chirurgici è un'iniziativa per affrontare il problema dell'appropriatezza organizzativo gestionale in modo allargato all'Azienda al fine di:

- unificare il percorso del paziente,
- uniformare procedure ed obiettivi,
- razionalizzare le risorse disponibili,
- migliorare la comunicazione,
- progettare linee guida e protocolli condivisi,
- garantire la funzione di pianificazione e controllo.

I vantaggi organizzativi derivanti dal progetto si possono riassumere nei seguenti aspetti:

- Miglioramento del percorso assistenziale ed organizzativo con la contestuale diffusione di una cultura dell'approccio per processi
- Valutazione clinica evidence based medicine con protocolli e linee guida per categoria di interventi
- Istituzione di fatto di un'area organizzativa dedicata al percorso preoperatorio
- Presidio costante delle liste di attesa, l'inserimento per classi di priorità ed in ordine rigorosamente cronologico
- Riduzione delle non conformità
- Ottimizzazione dell'uso delle risorse disponibili

Il modello di gestione delle prestazioni chirurgiche si avvale di linee di attività assistenziali afferenti alle diverse professionalità dotate di specificità ed autonomia tra loro fortemente e dinamicamente integrate al fine di garantire al paziente prestazioni appropriate, tempestive, quantitativamente e qualitativamente soddisfacenti.

Tale approccio prevede l'integrazione di più soggetti professionali a più livelli organizzativi, supportati da una adeguata infrastruttura informatica per creare più valori in termini di maggiori risultati di salute e qualità dell'assistenza.

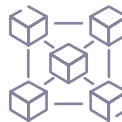
Il Centro programmazione ricoveri chirurgici e del Day Service Aziendale afferisce alla S.S. Di.PSa con delibera n. 281/2017.



OBIETTIVI

Organizzare e gestire il centro programmazione ricoveri chirurgici aziendale al fine di:

- Garantire la centralità del paziente attraverso un processo assistenziale che gestisce l'intero percorso chirurgico, focalizzato sulla diversità del bisogno e orientato a principi di equità, fruibilità e trasparenza
- Qualificare l'assistenza del percorso chirurgico con l'impiego di personale infermieristico adeguatamente formato e dedicato per la gestione del Centro
- Uniformare i percorsi, le procedure e gli obiettivi
- Coordinamento centralizzato delle attività che hanno inizio con la prenotazione e programmazione del ricovero e terminano con l'intervento chirurgico, iter complessivo di preparazione alla degenza
- Riorganizzazione delle attività mediante l'istituzione di percorsi assistenziali innovativi (ERAS)



METODO

I criteri organizzativi del Centro Programmazione Ricoveri Chirurgici si sono orientati:

- su una gestione organica dell'utente
- sulla definizione dei criteri di appropriatezza attraverso l'impiego di un modello organizzativo che rende l'infermiere il professionista capace di esercitare la completa presa in carico della programmazione
- sulla gestione dell'intero percorso chirurgico, agendo in sinergia con l'équipe chirurgica e anestesiológica multidisciplinare, garantendo il controllo di tutto il processo attraverso strumenti creati ad hoc

L'istituzione di questo servizio non è fine alla sola corretta gestione ed organizzazione aziendale, ma mira ad indurre circuiti di virtuosità gestionale a monte.

L'efficienza delle prestazioni, l'efficacia delle stesse, la percezione dell'utente di un'effettiva qualità erogata, rappresentano le tre dimensioni valutative in sanità.

Il modello di gestione delle prestazioni chirurgiche si avvale di linee di attività assistenziali afferenti alle diverse professionalità dotate di specificità ed autonomia tra loro fortemente e dinamicamente integrate al fine di garantire al paziente prestazioni appropriate, tempestive, quantitativamente e qualitativamente soddisfacenti.

Tale approccio prevede l'integrazione di più soggetti professionali a più livelli organizzativi, supportati da una adeguata infrastruttura informatica per creare più valori in termini di maggiori risultati di salute e qualità dell'assistenza.

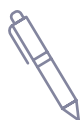
Il Centro programmazione ricoveri chirurgici e del Day Service Aziendale afferisce alla S.S. Di.P.Sa con delibera n. 281/2017.



RISULTATI

Con la progettazione, realizzazione, organizzazione e gestione del CPRA si è arrivati a:

- Gestione, a totale conduzione infermieristica, del servizio centralizzato
- Creazione di un opuscolo informativo di percorso
- Stesura protocolli condivisi
- Riformulazione dei profili preoperatori per il miglioramento dell'appropriatezza
- Riduzione/eliminazione delle non conformità
- Gestione informatizzata del percorso
- Unificazione dei percorsi per patologia su diverse specialità
- Miglioramento dell'utilizzo degli spazi disponibili per la sala operatoria e gli esami preoperatori
- Miglioramento dell'appropriatezza e della sicurezza degli interventi



CONCLUSIONI

L'istituzione di questo servizio non è fine alla sola corretta gestione ed organizzazione aziendale, ma mira ad indurre circuiti di virtuosità gestionale a monte.

L'efficienza delle prestazioni, l'efficacia delle stesse, la percezione dell'utente di un effettiva qualità erogata, rappresentano le tre dimensioni valutative in sanità.

Il modello di gestione delle prestazioni chirurgiche si avvale di linee di attività assistenziali afferenti alle diverse professionalità dotate di specificità ed autonomia tra loro fortemente e dinamicamente integrate al fine di garantire al paziente prestazioni appropriate, tempestive, quantitativamente e qualitativamente soddisfacenti.

Tale approccio prevede l'integrazione di più soggetti professionali a più livelli organizzativi, supportati da una adeguata infrastruttura informatica per creare più valori in termini di maggiori risultati di salute e qualità dell'assistenza.

PUNTI DI FORZA

L'adozione del modello assistenziale per la presa in carico del paziente chirurgico con un coordinamento che ha inizio con la prenotazione e termina con l'intervento chirurgico

Un unico riferimento aziendale per gli utenti interni ed esterni

Una riduzione delle giornate di degenza pre operatorie

Una ottimizzazione dell'occupazione dei posti letto

CRITICITÀ

Criticità incontrate	Azioni realizzate per superare le criticità
Resistenza dovuta a modelli a gestione interna alle singole Strutture	Sensibilizzazione al progetto con unificazione e standardizzazione delle attività. Condivisione multidisciplinare dei percorsi.
Necessità di stratificare le attività in base all'expertise (di base, avanzate)	Analisi delle attività e dei processi, mappatura e suddivisione delle skill in fasi, affiancamento



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Personale di comparto
- Infermieri
- OSS
- Personale amministrativo o personale con funzioni amministrative per tutela da prescrizione da medico competente
- Tecnici di radiologia
- Magazzinieri
- Dirigenza delle professioni
- Coordinatore di Area
- Controllo di Gestione
- Day Service Aziendale
- Centro Accoglienza Servizi Aziendale
- Rianimazione Generale
- Terapia Intensiva Cardiovascolare
- Medicina Nucleare
- Neurofisiologia
- Radiologia
- Laboratorio analisi
- Centro Trapianti Regionale
- Centro Unico di Prenotazione
- Direzione sanitaria
- Direttori di dipartimento
- Medici specialisti
- Coordinatori di comparto



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto è in continuo aggiornamento poiché esistono ancora alcune discipline chirurgiche che non afferiscono ancora al CPRA.





DIPARTIMENTO CHIRURGICO
DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREE CRITICHE
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE MATERNO
INFANTILE
AREA DIURNA
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DEI SERVIZI
CASA DI CURA

La schiena ti sostiene. Sostieni la tua schiena

Dott.ssa Meinero Rosanna Responsabile gestione delle attività e funzioni afferenti alla SS Direzione Professioni Sanitarie

Dott.ssa Rosetta Corradi, Dott.ssa Peano Martina - Direzione delle Professioni Sanitarie (Di.P.Sa.), Dott.ssa Giuliana Martina, Dott.ssa Stefania Marone -

Recupero e Rieducazione Funzionale (RRF), Dott. Piergiorgio Benso, Dott.ssa Nadia Ferrua - Formazione e valutazione operatori (FVO), Dott. Paolo Manconi, Dott. Ettore Ferrero

Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle, Cuneo

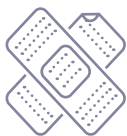


SCOPO

L'Azienda da anni ha attuato una politica di investimenti volti a tutelare la salute e sicurezza dei lavoratori impegnati in operazioni di Movimentazione Manuale dei Pazienti (MMP) che possono comportare un rischio di sovraccarico biomeccanico all'apparato muscolo scheletrico. Gli interventi effettuati si sintetizzano in:

- Acquisizione di attrezzature: sollevapazienti passivi e attivi, letti con regolazione di altezza e postura a comando elettrico in sostituzione di letti fissi o con comandi manuali, carrozzine, barelle regolabili in altezza, set di ausili minori (cinture e fasce con maniglie, teli ad alto scorrimento, sistemi di trASLazione, ecc.)
- Elaborazione e somministrazione di un programma di formazione continua ai lavoratori esposti al rischio MMP, costituito da argomenti teorici e prove pratiche
- Incontri di formazione e sensibilizzazione dei Preposti per la sicurezza

Il progetto viene avviato dopo aver constatato che le implementazioni attuate dall'Azienda descritte ai punti precedenti risultavano non pienamente valorizzate nella prassi lavorativa; è stato rilevato che gli atteggiamenti da parte degli operatori mantenevano caratteri scettici rispetto ad una



ABSTRACT

L'Azienda S. Croce e Carle di Cuneo ha attuato una politica di investimenti volti a tutelare la salute e sicurezza dei lavoratori impegnati in operazioni di movimentazione manuale dei pazienti.

A tal scopo è stato costituito un gruppo di lavoro coordinato dal Servizio Prevenzione e Protezione con l'obiettivo di diffondere e condividere capillarmente conoscenze teoriche e aggiornamenti in tema di prevenzione delle patologie muscolo scheletriche durante l'attività lavorativa. All'interno delle strutture sono stati individuati i referenti per la movimentazione i quali hanno seguito un percorso formativo ed hanno avuto il compito di formare e di stimolare i colleghi al corretto utilizzo degli ausili. Nel corso del 2019 verrà incrementato il numero di referenti e gli ausili presenti in Azienda.

proposta di controllo del rischio che richiedeva di superare il concetto “si è sempre fatto così, perché cambiare”.

Si è quindi pensato di agire su aspetti di maggior impatto sul vissuto quotidiano dei lavoratori attraverso diverse finalità: motivazione, sensibilizzazione, coinvolgimento, responsabilizzazione, formazione sul campo.



OBIETTIVI

- Acuire l'attenzione dei lavoratori sull'importanza rivestita dall'impiego costante e abituale dei sistemi di ausiliazione presenti in Azienda (consapevolezza), attraverso la crescita della cultura della prevenzione (sensibilizzazione), la promozione di buone pratiche (coinvolgimento) e delle abilità manuali e tecniche (addestramento) in tema di atteggiamento posturale nelle operazioni di MMP idoneo a tutelare l'apparato muscolo scheletrico degli operatori, anche attraverso l'utilizzo degli ausili maggiori e minori
- Dar vita ad un pull di operatori (referenti MMP) che diventino elemento trainante nei confronti dei colleghi nell'applicazione delle misure di prevenzione e protezione (sensibilizzazione, coinvolgimento, motivazione)
- Diffondere e condividere capillarmente conoscenze teoriche e aggiornamenti in tema di prevenzione delle patologie muscolo scheletriche durante l'attività lavorativa, in particolare nella movimentazione manuale dei pazienti (formazione e addestramento)
- Migliorare le capacità relazionali e comunicative in tema di promozione dell'impiego degli ausili superando la resistenza al cambiamento (coinvolgimento)
- Far acquisire competenze di analisi e risoluzione di problemi all'interno della propria Struttura (responsabilizzazione)



METODO

Al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati, è stato costituito, su mandato della Direzione Generale, un gruppo di lavoro con la partecipazione di:

Servizio Prevenzione e Protezione (con funzione di coordinamento), Medico Competente, Area Formazione, Direzione delle Professioni Sanitarie, Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale e Direzione Sanitaria di Presidio.

Il gruppo, dopo aver rilevato che la formazione in aula somministrata è servita a diffondere una cultura della prevenzione del rischio specifico, al fine di agire in modo più incisivo ha fatto tesoro di esperienze aziendali (una su tutte il reparto di

Rianimazione, dove si è misurato un significativo incremento dei sistemi di ausiliazione), appurando che la presenza di persone sensibili e attente all'argomento all'interno di un gruppo possa essere stimolo per il cambiamento per i colleghi (efficacia del sistema “peer to peer”).

Il progetto è stato, quindi, indirizzato a definire la figura del “Referente MMP” nell'ambito di ciascun reparto; alla luce delle analisi di rischio, il referente è stato individuato nelle professionalità sanitarie coinvolte nella MMP (Infermiere, Ostetrica, Tecnico Sanitario di Radiologia Medica) e OSS. Per questi ultimi, appurato che il servizio OSS viene in parte fornito da ditta appaltante e che, in ogni caso, l'attività di MMP è sovente attuata in collaborazione tra le diverse figure deputate all'assistenza, è stato richiesto alla ditta la disponibilità a condividere il progetto.

Ai Referenti aziendali e della ditta appaltante il servizio OSS, individuati dai rispettivi Coordinatori, è stato richiesto di seguire percorsi di approfondimento in merito a:

1. Competenze di base

In parte sviluppate nell'ambito professionale e integrate durante un corso di formazione/ addestramento specifico rivolto a saper riconoscere il rischio, valutare le migliori misure applicabili per il controllo del rischio, utilizzo di ausili maggiori e minori, correttezza delle posture nelle manovre di MMC-MMP

2. Competenze trasversali: facilitatore

Questo compito è stato esplicito durante diversi incontri plenari con i Referenti, ai quali è stato richiesto di essere in grado di:

- Gestire le difficoltà manifestate dal gruppo di riferimento identificando le misure necessarie o richiedendo il supporto di SPP/RRF
- Pianificare, in accordo con il coordinatore, un programma di addestramento, per una durata minima di 3 ore/anno e nella modalità “on the job” di ogni componente del gruppo di riferimento in merito alle competenze di base
- Identificare, in collaborazione con gruppo di riferimento, misure di miglioramento specifiche
- Supportare il SPP nella rilevazione dei dati utili all'aggiornamento della valutazione del rischio da movimentazione manuale dei carichi, attraverso apposita check list predisposta dal gruppo di lavoro

In sintesi il progetto ha previsto:

- formazione in aula di uno o più referenti individuati all'interno di ciascuna struttura nell'ambito delle figure professionali maggiormente esposte al rischio MMP
- realizzazione di incontri formativi, con la presenza del Direttore Generale, aperti a tutti gli operatori coinvolti per illustrare il progetto e distribuzione della check list
- incontri con i preposti per evidenziare l'investimento e l'intenzione aziendale, l'interesse della Direzione Generale al progetto, l'importanza del supporto da parte del preposto nell'ambito della vigilanza per la buona riuscita del progetto
- realizzazione di un poster esplicativo contenente le parti fondamentali del progetto distribuito alle strutture interessate
- predisposizione del progetto di formazione/ addestramento sul campo nella modalità utili al suo inserimento nella piattaforma regionale di formazione degli operatori sanitari
- monitoraggio costante e supporto all'attività dei Referenti con incontri personali e con i coordinatori, con eventuali interventi di riallineamento rispetto agli obiettivi del progetto
- programmazione di incontri in aula con programmi "ad hoc" per i dipendenti afferenti ai Blocchi Operatori, all'Area Ambulatoriale, ai Servizi e altre aree per il quali il progetto proposto non è pienamente praticabile rispetto all'organizzazione dell'attività lavorativa

Nel corso del 2019 verrà richiesto ai referenti di portare la loro esperienza in plenaria per la condivisione con il gruppo di progetto.

L'azienda elargisce un riconoscimento economico per i Referenti MMP attraverso un "progetto quantitativo", nelle more del contratto collettivo integrativo aziendale.



RISULTATI

- Il progetto ha permesso di individuare 84 operatori aziendali e 25 della ditta appaltante il servizio OSS, che hanno la diretta responsabilità rispetto al costante stimolo per il cambiamento dei comportamenti agiti (facilitatori) ed effettuare un percorso formativo nei confronti del gruppo di referenza (addestratori) ai fini del controllo del rischio MMP
- Allo stato attuale i Referenti stanno formalizzato l'addestramento dei colleghi. A regime si potrà documentare che ai dipendenti del comparto coinvolti nel progetto è stata somministrata una

formazione nell'ambito della movimentazione manuale dei carichi pari a 3 or/anno

- I riscontri effettuati dopo alcuni mesi (novembre 2018) dall'avvio del progetto (giugno 2018) forniscono dati incoraggianti, seppure non in modo uniforme tra le diverse strutture coinvolte, rispetto ai miglioramenti attesi
- L'uso più intenso dei sistemi di ausiliazione ha fatto emergere la necessità di incrementare il numero degli stessi (per gli ausili minori ci si sta indirizzando ad un set per ogni camera) e definire modalità condivise di sanificazione degli stessi; è stata elaborata, attraverso l'analisi delle schede tecniche degli ausili presenti in Azienda, una procedura specifica, resa disponibile attraverso la pubblicazione sul sito intranet aziendale



CONCLUSIONI

Il progetto risulta rispondere agli obiettivi prefissati ed è meritevole di ulteriore investimenti per consentire il proseguimento. A tal fine, alla luce di un turn-over dei lavoratori che inevitabilmente investe anche i Referenti individuati, l'Azienda ha deciso di incrementare il numero di referenti. Si sta, inoltre, intervenendo sulle modalità di fornitura degli ausili minori con la finalità di renderli presenti "a magazzino" e quindi con una disponibilità più dinamica rispetto alle consegne delle ditte fornitrici. In alcune aree più critiche si sta intervenendo con la predisposizione di ausili maggiori specifici quali "sollevatori a binario" per sopperire a limiti strutturali. Tali interventi nascono anche in risposta alle segnalazioni avute dai Referenti e consentono di costruire un percorso di collaborazione che valorizza il coinvolgimento e può quindi essere molla motivazionale per il miglioramento continuo.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Coordinatori di Area/Dipartimento, Coordinatori di Comparto, Infermieri, Fisioterapisti, Operatori Socio Sanitari, Tecnici Sanitari di Radiologia. Personale afferente al Servizio di Prevenzione e Protezione, alla Direzione delle Professioni Sanitarie, al Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale, all'Area Formazione, alla Direzione Sanitaria di Presidio.



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Anno 2018 e 2019

PUNTI DI FORZA

Supporto della Direzione Generale

Collaborazione continua tra i servizi coinvolti

Capacità di coinvolgimento (intraaziendale e con ditta appalto)

Buona risposta da parte del personale del comparto

Riconoscimento del ruolo di Referente da parte dei colleghi

CRITICITÀ

Difficoltà nel realizzare il progetto su tutta l'Azienda a causa della particolarità di alcuni servizi (es.: Blocchi Operatori, Area Ambulatoriale, Servizi)

Resistenza al cambiamento

Mantenere alta la sensibilizzazione del personale coinvolto (stimolo continuo)

Integrare i Referenti MMP che lasciano l'Azienda o vengono trasferiti in aree che non partecipano al progetto





AREA ORGANIZZATIVA AZIENDALE AMBULATORIALE

Area organizzativa aziendale ambulatoriale e diurna

Dott.ssa Meinero Rosanna Responsabile gestione delle attività e funzioni afferenti alla SS Direzione Professioni Sanitarie

Dott. Dogliotti Daniele

Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle, Cuneo



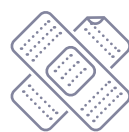
AREA DI INTERVENTO DEL PROGETTO

Durante il processo di riorganizzazione aziendale, derivante dall'applicazione del nuovo Atto Aziendale (anno 2017) si è costituita, con delibera n. 281/2017, un'Area organizzativa aziendale ambulatoriale e diurna, a servizio di tutti i Dipartimenti clinici aziendali.

L'Area Organizzativa Aziendale Ambulatoriale e Diurna, distribuita sui due presidi ospedalieri (PO) di cui il PO Santa Croce in centro città e il PO Carle a 3 Km di distanza, comprende le attività:

- delle specialità chirurgiche e mediche per un totale di 24 offerte prestazionali
- del Centro per la salute della Donna
- del Day hospital oncologico
- della Farmacia
- del Centro accoglienza servizi
- del Centro programmazione ricoveri chirurgici e del Day Service Aziendale
- del Recupero e riabilitazione funzionale
- della Accettazione e Cassa
- dell'Emodialisi/Dialisi peritoneale/Amb. Trapianti

Tutto il personale del comparto sanitario, operante presso l'Area Organizzativa Aziendale Ambulatoriale e Diurna, è assegnato al Dirigente Responsabile della S.S. Di.P.Sa che assume anche la delega delle funzioni di datore di lavoro, ai sensi dell'art. 16 del Dlgs 81/08 e ss.mm.ii.



ABSTRACT

Il progetto nasce nel 2015 dalla necessità di attivare percorsi assistenziali in regime diurno e razionalizzare le risorse per far fronte alle problematiche organizzative derivanti dall'attuale incremento di età anagrafica e di servizio del personale presente nella Azienda, con prescrizioni e limitazioni di salute derivanti dal fisiologico processo di invecchiamento e dalla progressiva difficoltà da parte delle strutture di modulare le attività da svolgere rendendole confacenti ai profili con prescrizioni.

Tali risorse presentano un elevato potenziale se impiegate in aree di attività quali quelle diurne e ambulatoriali, a basso rischio di movimentazione carichi e assistenziale, ma con elevata complessità organizzativa.

Il progressivo incremento di attività in regime ambulatoriale e diurno richiede elevata capacità gestionale di processo, flessibilità da parte del personale e capacità di risposta rapida alle esigenze aziendali, mediante efficientamento delle risorse ed economie di scala.

L'area diurna, gestita da 2 coordinatori di comparto e alla quale afferiscono circa 120 unità, è stata classificata per aree di attività, tipologia di rischio e competenze richieste.

All'interno di tale area, su attività specifiche, vengono ricollocate risorse di comparto con prescrizioni e limitazioni, anche temporanee, al fine di garantirne la possibilità di impiego, altrimenti difficilmente individuabile in contesti assistenziali.

Dal 1/8/2017 al 31/8/2018 sono stati assegnati all'area diurna:

- 23 infermieri per tutela
- 7 infermieri per tutela con mansione amministrative
- 16 OSS per tutela
- 7 OSS per tutela con mansione amministrativa
- 1 ostetrica per tutela

Ciascuna risorsa viene formata su plurime specialità, garantendo la possibilità di andare incontro alle esigenze aziendali derivanti da modifiche dell'attività produttiva in base agli obiettivi aziendali e alle condizioni organizzative, ottimizzando la gestione delle singole risorse e distribuendo in modo uniforme i tempi lavoro.



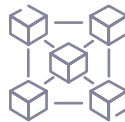
OBIETTIVI

Organizzare e gestire area organizzativa aziendale ambulatoriale e diurna al fine di:

- erogare attività terapeutiche e diagnostiche complesse in regime diurno
- progettare e realizzare percorsi che favoriscano anche gli utenti fragili e assicurino facilità di accesso alle prestazioni
- ottimizzare la gestione delle risorse (attività ambulatoriale, chirurgica ambulatoriale complessa, day hospital) al fine di migliorare l'appropriatezza e la sicurezza degli interventi, il benessere organizzativo e la performance lavorativa
- individuare modelli organizzativi in grado di far fronte all'elevata variabilità di produzione ambulatoriale
- creare aree organizzative funzionali similari tra loro (in termini di valutazione del rischio lavorativo e intensità assistenziale) ove collocare risorse con prescrizioni e limitazioni altrimenti

difficilmente fungibili

- omogeneizzare principi generali di organizzazione del lavoro: articolazione di orari lavorativi omogenei dei dipendenti afferenti l'area diurna per facilitare la gestione delle risorse umane



METODO

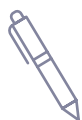
La gestione per area ha consentito di superare la logica divisionale, con una gestione funzionale alle esigenze aziendali e ai flussi, che risentono di frequenti variazioni difficilmente gestibili da piccoli gruppi di operatori dedicati a specifiche attività. La formazione di operatori dedicati ad attività di tipo ambulatoriale consente anche di governare i processi correlati peculiari (utilizzo di applicativi, relazioni con funzioni esterne e presa in carico di problemi assistenziali emergenti in contesto extra ospedaliero) non manifesti in ambito di ricovero ordinario.



RISULTATI

Con la progettazione, realizzazione, organizzazione e gestione della area organizzativa aziendale ambulatoriale e diurna si è permesso:

- il recupero lavorativo di soggetti con prescrizioni impattanti su attività altrimenti incompatibili con reinserimento in contesti differenti al termine del percorso di valutazione del medico competente
- il miglioramento dell'appropriatezza e della sicurezza degli interventi
- la ricaduta positiva sul benessere organizzativo e sulla performance lavorativa
- l'allargamento e valorizzazione delle competenze acquisite in precedenti esperienze lavorative, creazione di skill peculiari
- l'efficientamento delle risorse, mediante una gestione integrata del personale in una logica che supera l'assegnazione delle unità a singole specialità cliniche e le porta a operare su processi analoghi tra loro
- il contenimento dello straordinario del personale mediante distribuzione del tempo lavoro in base alla produzione
- il rispetto dei vincoli contrattuali



CONCLUSIONI

L'attivazione dell'area diurna ha consentito di superare la vecchia concezione di attività tra loro non comunicanti, di personale "dedicato"

a specifiche attività, permettendo di allargare le competenze, valorizzare l'expertise di operatori con problemi rilevanti e consentire una gestione ottimale delle risorse in base agli obiettivi aziendali (picchi di produzione altrimenti non sostenibili da piccoli gruppi).

L'assegnazione alla S.S. Di.P.Sa di tale area ha consentito di far fronte a situazioni critiche in modo rapido e direttamente collegato con le funzioni di staff (medico competente, direzione sanitaria di presidio e controllo di gestione), fornendo una risposta adeguata a situazioni prescrittive potenzialmente problematiche.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- personale di comparto
- infermieri
- ostetriche
- OSS
- magazzinieri
- personale amministrativo o personale con funzione amministrativo per tutela da prescrizione da medico competente
- fisioterapisti
- logopedista
- terapeuta occupazionale
- dirigenza delle professioni
- controllo di gestione
- direzione sanitaria
- direttori di dipartimento
- coordinatori di comparto



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto è in continua realizzazione poiché esistono ancora alcune realtà divisionali (es. ambulatori pediatrici e neonato logico e Neuropsichiatria) correlati a limiti strutturali legati alla ridotta espansione dell'attuale stabilimento del Presidio ospedaliero Santa Croce (ospedale anni 60) in centro città.

PUNTI DI FORZA

Recupero lavorativo di soggetti con prescrizioni impattanti su attività altrimenti incompatibili con reinserimento in contesti differenti al termine del percorso di valutazione del medico competente;

Ricaduta positiva sul benessere organizzativo e sulla performance lavorativa;

Contenimento dello straordinario del personale mediante distribuzione del tempo lavoro in base alla produzione

Rispetto dei vincoli contrattuali

CRITICITÀ

Criticità incontrate	Azioni realizzate per superare le criticità
Resistenza dovuta a modelli organizzativi basati su destinazione esclusiva ad alcune attività da parte del personale ambulatoriale	Sensibilizzazione al progetto, formazione e monitoraggio continuo delle competenze degli operatori
Necessità di stratificare le attività in base all'expertise	Analisi delle attività e dei processi, mappatura e suddivisione delle skill in fasi, affiancamento



UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO
DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE
(TRASVERSALI ALL'AO)

Direzione delle professioni sanitarie:

la funzione di promotore dei processi di miglioramento organizzativi, assistenziali, strutturali e formativi mediante strategie di cooperazione con l'ufficio relazione con il pubblico

Dott.ssa Meinero Rosanna Responsabile gestione delle attività e funzioni afferenti alla SS Direzione Professioni Sanitarie

Dott.ssa Rita Aimale – Responsabile S.S. Patrimonio e Attività Amministrative Trasversali, Resp. URP, Sig.ra Diana Lipso

Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle, Cuneo



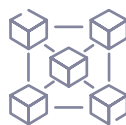
ABSTRACT

La continua evoluzione del contesto politico, normativo e sociale impongono anche in ambito sanitario adeguamenti organizzativi e gestionali rapidi ed efficaci. In particolare, il cambiamento macroorganizzativo, soprattutto nelle fasi di transizione, può indurre uno stato di incertezza o disfunzione dei percorsi che può essere trattato con un intervento mirato per una rapida ed efficace risoluzione delle difficoltà segnalate dai cittadini. Di conseguenza, nell'ottica della promozione del miglioramento continuo anche tramite l'adeguamento dei servizi alla domanda degli utenti, è stato previsto il monitoraggio delle Segnalazioni pervenute all'Ufficio Relazioni con il Pubblico da parte di un Coordinatore della Di.P.Sa con lo scopo



OBIETTIVI

1. Facilitare la fruibilità dei servizi da parte dei cittadini mediante il coinvolgimento dei professionisti ospedalieri direttamente interessati e la definizione di eventuali misure correttive condivise
2. Ridurre progressivamente eventuali disfunzioni organizzative
3. Migliorare costantemente il comfort organizzativo e strutturale per l'utente



METODO

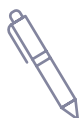
1. Revisione della Procedura Generale inerente le segnalazioni dei cittadini con assegnazione ad un coordinatore sanitario esperto afferente alla Di.P.Sa la

- funzione di prima analisi dei reclami
2. Ricercare, promuovere, costruire la collaborazione degli operatori dei servizi sanitari
 3. Monitoraggio da parte della Di.P.Sa dei processi organizzativi, gestionali, assistenziali, amministrativi, della comunicazione e della relazione attraverso le segnalazioni dei cittadini.
 4. Analizzare nell'ambito della Di.P.Sa le possibili misure di miglioramento rispetto ad aree microrganizzative e macrorganizzative
 5. Condividere con gli operatori coinvolti nella segnalazione la risposta all'utente al fine di fare acquisire maggiore consapevolezza circa la mission Aziendale e la rilevanza della qualità percepita da parte dei cittadini



RISULTATI

- riorganizzazione delle sale di aspetto per pazienti della Ematologia
- progettazione percorsi agevolati per non vedenti mediante supporto Associazioni di volontariato interne all'Ospedale:
- sollecito acquisto televisori per gli utenti che accedono alla Dialisi
- sollecito destinazione spazio ad uso comune presso Bar dell'ospedale
- analisi e revisione specifici protocolli/procedure
- supporto all'attività di informazione agli utenti mediante stesura opuscolo
- guida durante la degenza condivisa con i coordinatori delle strutture



CONCLUSIONI

Le segnalazioni informali dei cittadini hanno avuto esito positivo per circa 200 richieste di informazioni o analisi di percorsi più complessi;

Le risposte alle segnalazioni formali mediante compilazione della scheda per segnalazioni non hanno avuto repliche a sostegno della soddisfazione del cittadino.

Il percorso in atto risulta pertanto adeguato dal punto di vista organizzativo in quanto promotore di miglioramenti oggettivi.

PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ

Costruire il rapporto di fiducia e relazionale URP- operatori dei servizi e strutture

Acquisire competenze in vari ambiti dell'organizzazione Aziendale

La progettazione della presenza di un Coordinatore della Di.P.Sa quale Referente URP ha consentito il monitoraggio degli aspetti tecnici e sanitari suscettibili di miglioramento.

Ha inoltre consentito una maggiore condivisione con il personale ospedaliero delle istanze dei cittadini



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Dirigenza URP e Direzione delle Professioni Sanitarie, tutti i coordinatori e Capi del Comparto di Area o Dipartimento, tutto il personale dell'AO



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto organizzativo può essere realizzato in tempi brevi (un mese circa per la revisione della procedura, presentazione del progetto, ecc) ma il cambiamento atteso può rendersi evidente non prima di un anno.

STOMIA

Il gruppo psicoeducazionale e terapeutico per la persona portatrice di stomia intestinale adottato nella SC Chirurgia Generale e Oncologica

Dott.ssa Meinero Rosanna Responsabile gestione delle attività e funzioni afferenti alla SS Direzione Professioni Sanitarie

Responsabili del progetto:

Dott.ssa Anfossi Maura, Dott.ssa Piacenza Arianna

Coordinatore infermieristico Cirio Angela

ASO S. Croce e Carle Cuneo SC Chirurgia Generale e Oncologica Regione Piemonte



ABSTRACT

Accettare e convivere con una stomia (temporanea o definitiva) significa adattarsi a una nuova condizione di vita.

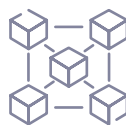
La persona subisce il cambiamento della propria immagine corporea, la perdita della funzionalità sfinterica, difficoltà nelle relazioni e preoccupazioni su problemi sessuali, tali elementi portano a una riduzione dell'autostima e compromettono la qualità della vita.

Lo scopo essenziale del gruppo è di dare, a persone che vivono situazioni simili, l'opportunità di condividere le loro esperienze e di mostrare l'uno all'altro come affrontare i problemi comuni.



OBIETTIVI

- Elaborare emozioni e sentimenti dolorosi attraverso una terapia di gruppo tramite la condivisione e il confronto con persone che affrontano lo stesso percorso di malattia
- Offrire un supporto alla persona per raggiungere una consapevolezza emotiva, ridurre il senso di solitudine e migliorare la qualità di vita



METODO

- Proporre alla persona durante la degenza nella SC di Chirurgia Generale e Oncologica, in seguito all'intervento chirurgico e al confezionamento della stomia, la possibilità di partecipare al gruppo
- Programmare incontri mensili di circa due ore con 5 – 10 partecipanti



- Durante l'incontro la persona ripercorre attraverso la narrazione l'esperienza della malattia attuale e di esperienze passate e la si aiuta a ricostruire le proprie potenzialità anche attraverso il racconto degli altri componenti del gruppo

Utilizzo di:

- Immagini e scrittura per elaborare le emozioni
- Confronto verbale per condividere preoccupazioni, ansie, paure, insicurezze ma anche consigli pratici
- Somministrazione di un questionario per misurare l'efficacia dell'intervento



RISULTATI

Da ottobre 2014 a novembre 2018 hanno partecipato al gruppo 49 pazienti. I pazienti che terminano il percorso riferiscono di avere beneficio e motivano

gli altri a partecipare.

Medici e infermieri riferiscono di avere meno richieste assistenziali da parte dei pazienti.



CONCLUSIONI

Un intervento di stomia richiede grande capacità di adattamento da parte del paziente e presuppone un periodo di elaborazione perché si giunga

all'accettazione della nuova condizione.

Confrontarsi con chi ha fatto o sta facendo un analogo percorso e osservare il benessere raggiunto permette di motivare la persona e aumentare la sua apertura all'ascolto e al dialogo.

Consente inoltre agli operatori di offrire un servizio riabilitativo di confronto e chiarimento.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Psicologo e Coordinatore Infermieristico e Cps Infermiere Esperto nella gestione della stomia.

PUNTI DI FORZA

Esprimere paure, insicurezze e preoccupazioni che la persona non sempre riesce a esternare all'interno del proprio nucleo familiare

Il Gruppo visto come un momento in cui parlare liberamente

Beneficio dal confronto con altre persone che affrontano lo stesso percorso di malattia

Beneficio dal confronto diretto con gli operatori in un contesto idoneo per avere risposte anche su problemi pratici

Riduzione dello stress e miglioramento dello stato emotivo

Confronto con pazienti che chiudono la stomia e riescono a rafforzare la motivazione

CRITICITÀ

Non tutti i pazienti possono partecipare perché non hanno il sostegno di un care giver o perché hanno un'evoluzione della malattia che potrebbe creare ansia e paura negli altri

Resistenza iniziale alla partecipazione al gruppo dovuto agli aspetti caratteriali della persona e alla frequenza di partecipazione

Disagio ad esprimere i propri vissuti di fronte ad estranei



STRUTTURA SEMPLICE UNITÀ PREVENZIONE RISCHIO INFETTIVO; BLOCCO OPERATORIO AZIENDALE (COSTITUITO DA "BLOCCO OPERATORIO SPECIALISTICO", "BLOCCO OPERATORIO POLIVALENTE" E "BLOCCO INTERVENTISTICO"); DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO; DI.P.SA; SERVIZIO TECNICO; DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA; DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E DELLE AREE CRITICHE; DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE E ALTRI DIPARTIMENTI, STRUTTURE/SERVIZI E AMBULATORI DELL'AO S. CROCE E CARLE DI CUNEO.

La centrale di sterilizzazione dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo

Dott.ssa Meinero Rosanna Responsabile gestione delle attività e funzioni afferenti alla SS Direzione Professioni Sanitarie

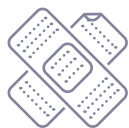
Responsabili del progetto:

Dott. Paolo Pellegrino Responsabile Struttura Semplice Unità Prevenzione Rischio Infettivo

Dott.ssa Luciana Gorla Collaboratore Professionale Sanitario Esperto-Coordiatore Infermieristico di Area

Dott.ssa Rosanna Curetti Collaboratore Professionale Sanitario Esperto-Responsabile attività di disinfezione-sterilizzazione e smaltimento rifiuti

ASO S. Croce e Carle Cuneo SC Chirurgia Generale e Oncologica Regione Piemonte



ABSTRACT

Sebbene i notevoli progressi realizzati nella lotta e controllo delle infezioni ospedaliere, queste rappresentano ancor oggi un importante fattore di rischio, principalmente per le persone assistite che si sottopongono ad interventi diagnostici e/o terapeutici invasivi. A tal proposito è opportuno sottolineare che il processo di sterilizzazione rappresenta tuttora uno

degli elementi maggiormente impattanti nella prevenzione delle infezioni ospedaliere e richiede competenza e senso di responsabilità degli operatori coinvolti.

Considerando l'evoluzione delle tecniche diagnostiche/terapeutiche, l'incremento degli utenti presi in carico, la mission e le specialità dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo, il gran numero di strutture e operatori coinvolti, l'esigenza di garantire processi corretti uniformi e completamente tracciati, si è avvertita l'esigenza di centralizzare il processo di sterilizzazione in una struttura che, con caratteristiche architettoniche, logistiche e funzionali, rappresenti il punto di riferimento aziendale e assicurati, attraverso l'utilizzo di procedure standard e la competenza del personale dedicato, la qualità e sicurezza del prodotto sterile e la tracciabilità dell'intero processo.

La Centrale di Sterilizzazione dell'AO S. Croce e Carle è un esempio quotidiano e costante di un'organizzazione a supporto/sostegno del cittadino, degli operatori, dell'azienda, delle strutture e servizi, in prima linea nella prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere.



OBIETTIVI

Organizzare e gestire la Centrale di Sterilizzazione al fine di:

- Garantire la qualità e sicurezza dei prodotti sterili

- Garantire la salvaguardia della sicurezza degli operatori
- Uniformare i comportamenti degli operatori coinvolti
- Ottimizzare le fasi del processo di sterilizzazione, dello stoccaggio e conservazione
- Ottimizzare la gestione delle risorse umane, strumentali e temporali
- Garantire la tracciabilità dell'intero processo
- Consentire un controllo di qualità costante e tempi di restituzione del materiale sterile sempre congrui alle esigenze di programmazione e di gestione delle urgenze delle diverse strutture aziendali
- Prevenire le infezioni ospedaliere



METODO

A partire dalle necessità evidenziate (attuare processi, percorsi e azioni per prevenire e controllare le infezioni ospedaliere, rispondere ai bisogni della popolazione, garantire la qualità e sicurezza dei prodotti sterili, garantire la tutela e sicurezza degli operatori, ottimizzare il processo di sterilizzazione, le risorse ed i tempi,...) e da una revisione della letteratura, si è progettata e realizzata la Centrale di Sterilizzazione in una struttura appositamente creata nell'AO S. Croce e Carle di Cuneo. La struttura risponde a quelle caratteristiche architettoniche, logistiche, funzionali più idonee e rispondenti alle esigenze di sicurezza, affidabilità, rendimento e risparmio di gestione.

Si è provveduto a definire procedure specifiche, protocolli di lavoro/istruzioni operative per ogni ambito di competenza e responsabilità, in relazione alle fasi del processo di sterilizzazione, ai sistemi di controllo e monitoraggio costante dello strumentario, delle apparecchiature e delle macchine, alla personalizzazione dei kit, alle modalità/tempi di ogni fase del processo (compresa la distribuzione), alla sicurezza, alle segnalazioni di “non conformità”, alle responsabilità e competenze del personale, all'inserimento, alla formazione, ai piani di attività quotidiani/settimanali/mensili/annuali.

La Centrale di Sterilizzazione dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo è stata realizzata con un criterio unidirezionale “sempre avanti”, questo nell'ottica di garantire che il materiale deve sempre seguire l'avanzamento del processo lavorativo e mai tornare alla fase precedente. Infatti i locali, le fasi e le procedure sono strutturate a garantire tale processo. Il “sempre avanti” in realtà rappresenta e descrive anche l'evoluzione della Centrale che, negli anni,

ha migliorato le prestazioni, incrementato la resa produttiva supportando un numero maggiore di “sale operatorie, ambulatori e servizi”, implementato ed ottimizzato le risorse ed oggi volge lo sguardo verso nuove “sfide” ed ipotesi al servizio dei cittadini, dei professionisti e dei reparti di degenza.



RISULTATI

Con la progettazione, realizzazione, organizzazione e gestione della Centrale di Sterilizzazione si è potuto:

- Realizzare un sistema integrato di supporto alle sale operatorie, ai reparti, agli ambulatori ed ai servizi
- Consentire un controllo di qualità costante ed una fornitura rispondente alla programmazione e alle urgenze
- Garantire qualità e sicurezza del materiale sterilizzato,
- Uniformare e presidiare i comportamenti con una maggiore garanzia di standardizzazione dei processi
- Ottimizzare i tempi e le risorse
- Migliorare la qualità dell'assistenza in sala operatoria
- Ottimizzare la gestione, la formazione e la valorizzazione dei professionisti
- Attuare comportamenti finalizzati alla prevenzione e lotta alle infezioni ospedaliere
- Tracciare l'intero processo di sterilizzazione, garantendo la massima sicurezza a tutte le figure coinvolte.



CONCLUSIONI

Considerando il progetto realizzato e le prospettive future si può mostrare come la Centrale di Sterilizzazione dell'AO S. Croce e Carle rappresenta un esempio di organizzazione e di gestione a supporto del cittadino, dei professionisti, dell'azienda ed in prima linea nella prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Dirigente Medico di Direzione Sanitaria di Presidio, Dirigente Infermieristico, Coordinatore Infermieristico, Collaboratore Professionale Sanitario Esperto-Infermiere addetto al controllo delle Infezioni Ospedaliere, Infermiere, Operatore Socio Sanitario, Responsabili e Dirigenti Medici delle strutture coinvolte.



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto, iniziato nel 2009, si è consolidato a partire dal 2012 integrandosi con tutte le Sale Operatorie nel 2014, risulta tutt'ora attivo ed in costante sviluppo con apporti di miglioramento dei processi, derivati anche dai sistemi di monitoraggio e di segnalazioni. Nell'ottica del miglioramento continuo e della necessità di adeguamento alle sempre differenti esigenze dell'organizzazione aziendale le procedure specifiche, istruzioni operative, diagrammi, pianificazioni vengono continuamente riviste e aggiornate con cadenze che possono essere settimanali-mensili-annuali.

PUNTI DI FORZA

Competenza e senso di responsabilità degli operatori coinvolti
Sicurezza e affidabilità
Rendimento e risparmio di gestione
Garanzia del risultato di sterilità di materiale
Concentrazione in un'unica struttura di tutti gli impianti e le macchine necessarie per le attività di sterilizzazione
Ottimizzazione nell'impiego del personale, dei percorsi, degli orari di afflusso
Ottimizzazione delle fasi del processo di sterilizzazione, stoccaggio e conservazione

CRITICITÀ

Difficoltà nel far comprendere alle diverse strutture aziendali la complessità e criticità del processo di sterilizzazione e la assoluta necessità di rispettare processi e tempi ben definiti
Confronto con strumenti e dispositivi sempre più complessi che richiedono competenze specifiche in costante evoluzione

In letteratura è riportato che "la complessità di ogni fase del processo di sterilizzazione può rappresentare un elemento di criticità, da tener presente in un eventuale turn-over del personale e/o nell'ottimizzazione di risorse in un'apparente ottica di risparmio; infatti la complessità, le conseguenze e l'influenza che le procedure di sterilizzazione possono avere sia sulla qualità delle prestazioni erogate che sui costi dell'azienda sanitaria, dimostrano quanto sia importante l'affidabilità e la competenza del personale che ne è responsabile".





PROGRAMMA ERAS

Il programma ERAS in chirurgia generale: *la mobilitazione precoce*

*Dott.ssa Meinero Rosanna Responsabile gestione delle attività e
funzioni afferenti alla SS Direzione Professioni Sanitarie*

Responsabili del progetto:

Dott. Luca Pellegrino e Coordinatore infermieristico Cirio Angela

ASO S.Croce e Carle Cuneo – SC Chirurgia Generale e Oncologica



ABSTRACT

Il programma ERAS è un protocollo evidencebased che ha come focus la riabilitazione precoce del paziente dopo un intervento chirurgico. L'obiettivo

è di minimizzare la risposta metabolica e neuroendocrina allo stress chirurgico per ottenere una ripresa funzionale precoce, una riduzione delle complicanze post operatorie, una riduzione della degenza con riduzione dei costi sanitari.

La mobilitazione precoce è uno dei principi fondamentali del programma ERAS.

Gli obiettivi del programma includono percorsi pre operatori, intraoperatori e post operatori.

È documentato che il ritardo della mobilitazione, nella fase post operatoria, soprattutto nella popolazione più anziana, determina una riduzione delle riserve fisiologiche e funzionali.

Durante il counselling pre operatorio deve essere definito un programma di mobilitazione con obiettivi ben definiti, condivisi tra l'équipe assistenziale e la persona. Deve essere definito e concordato il tempo che deve trascorrere fuori

dal letto e quanto deve camminare. L'ambiente deve incoraggiare la persona a muoversi, con spazi dedicati ed idonei ed è molto importante per il personale saper coinvolgere il care giver come risorsa per aiutare a raggiungere l'obiettivo della mobilitazione precoce.



OBIETTIVI

La persona in seguito ad una adeguata informazione da parte del personale coinvolto, comprenderà quanto la mobilitazione precoce possa migliorare l'esito postoperatorio e prevenire le complicanze.

Il personale dovrà essere in grado di spiegare il programma della mobilitazione motivando e assistendo la persona nell'attuazione.

I target della mobilitazione sono:

Giornata dell'intervento J0 = 2 ore seduto o con le gambe fuori dal letto

Prima giornata post operatoria J1 = posizione seduta e deambulazione per almeno 6 ore; camminare per almeno 600 metri

Seconda giornata post operatoria J2 = posizione seduta e deambulazione per un tempo di 8 ore;

camminare per un percorso superiore a 600 metri
Terza giornata post operatoria J3 = posizione
seduta e deambulazione per un tempo superiore a 8
ore; camminare per un percorso uguale a 800 metri

Non è importante se il paziente non raggiunge
i tempi e i metri stabiliti, l'importante è che sia
motivato a farlo e che il risultato del giorno in corso
non sia inferiore a quello del giorno precedente.
Per monitorare i metri è stato misurato il corridoio
del reparto e si chiede al paziente di indicare
quante volte ha percorso il corridoio (un corridoio
corrisponde a 50 metri).



METODO

Al momento del ricovero l'infermiere del
reparto di degenza consegna alla persona
assistita un diario chiamato **“diario
della mobilitazione”**.

Il diario definisce gli obiettivi della mobilitazione
per le prime tre giornate postoperatorie e la
persona dovrà annotarne i suoi progressi. In questo
momento è fondamentale spiegare con chiarezza
alla persona assistita e al care giver i benefici di una
corretta adesione al programma e l'importanza
della compilazione della scheda.

Il diario compilato dovrà essere riconsegnato al
momento della dimissione.

L'équipe assistenziale è coinvolta nel fornire
informazioni e spiegazioni chiare, verbali e scritte;
gli operatori socio sanitari che sostengono il paziente
durante la mobilitazione, sono di supporto anche
nella compilazione della scheda.

I dati emersi dai diari vengono raccolti in un data
base per analizzarne i risultati.



RISULTATI

Il risultato atteso è quello di coinvolgere
la persona e far comprendere che un
programma di mobilitazione può
migliorare il tono muscolare e favorire
una migliore riabilitazione dopo l'intervento
chirurgico.

Il programma di mobilitazione precoce previsto
dal progetto ERAS è in utilizzo già dal 2014:
inizialmente è stato raccolto genericamente il dato
del “tempo di mobilitazione”, poi è stata introdotta
la misura dei metri da percorrere.



CONCLUSIONI

L'impatto del concetto di “movimento”
sulla persona, che inizia già nella
fase preoperatoria, può aumentare la
capacità di deambulazione da utilizzare
nel post operatorio. Si evince inoltre che i pazienti
che hanno manifestato una maggior aderenza
al progetto sono coloro i quali sono stati meglio
informati. Nonostante i risultati che si sono ottenuti
nel tempo, il progetto può ancora essere migliorato,
attraverso un counselling più approfondito e una
scheda di monitoraggio che abbia un impatto visivo
sul paziente e di facile comprensione.

PUNTI DI FORZA

Centralità del paziente

Coinvolgimento del paziente
attraverso una corretta educazione
sanitaria

Coinvolgimento del caregiver

L'obiettivo raggiunto è un dato
tangibile anche per il paziente

Poter misurare attraverso una
raccolta dati i progressi del paziente

CRITICITÀ

Difficoltà di dedicare un tempo
adeguato da dedicare al paziente
per fornire le informazioni necessarie
e identificare il modo, il luogo e la
figura professionale che deve essere
coinvolta nel counselling

Maggiore impegno di risorse
all'interno del team multidisciplinare
Difficoltà in alcuni momenti a
raccolgere i dati in tempi reali



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri, Operatori Socio Sanitari

PROGRAMMA ERAS

Il programma ERAS in chirurgia generale:

implementazione della prehabilitation

*Dott.ssa Meinero Rosanna Responsabile gestione delle attività e
funzioni afferenti alla SS Direzione Professioni Sanitarie*

Responsabili del progetto:

Dott. Luca Pellegrino e Coordinatore infermieristico Cirio Angela

ASO S.Croce e Carle Cuneo – SC Chirurgia Generale e Oncologica



ABSTRACT

Il programma ERAS è un protocollo evidence based che ha come focus la riabilitazione precoce del paziente dopo un intervento chirurgico. L'obiettivo

è di minimizzare la risposta metabolica e neuroendocrina allo stress chirurgico per ottenere una ripresa funzionale precoce, una riduzione delle complicanze post operatorie, una riduzione della degenza con riduzione dei costi sanitari.

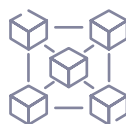
Gli obiettivi del programma includono percorsi pre operatori, intraoperatori e post operatori.

Nel percorso preoperatorio l'elemento chiave è la pre-habilitation (preabilitazione), un processo che punta a migliorare lo stato funzionale del paziente per metterlo in condizione di sopportare lo stress causato dall'intervento chirurgico. Per ridurre i rischi operatori, 4 settimane prima dell'intervento la persona viene incoraggiata, a smettere di fumare, a ridurre l'abitudine all'alcool ed eseguire degli esercizi di fitness associati a un supporto nutrizionale adeguato per facilitare il recupero.



OBIETTIVI

Lo scopo della preabilitazione nel programma ERAS è di stimolare la persona a comprendere quanto l'impatto dell'esercizio fisico adeguato e uno stile di vita corretto possano migliorare l'esito postoperatorio.



METODO

• Intraprendere un approccio corretto attraverso il counselling, con spiegazioni verbali e scritte, fornite dal personale sanitario

- Consegna di uno schema di esercizi da fare in base alle capacità del paziente, definito per obiettivi
- Consegna di un diario su cui annotare gli esercizi
- Consegna di un contapassi per tenere traccia della strada percorsa
- Il programma di allenamento include una camminata di 10 minuti per tre volte al giorno oppure di 30 minuti una volta al giorno
- Sono raccomandati 10.000 passi al giorno



RISULTATI

Il risultato atteso è quello di coinvolgere e far comprendere alla persona che un programma di fitness adeguato può migliorare il tono muscolare e favorire una migliore riabilitazione dopo l'intervento chirurgico.



CONCLUSIONI

I pazienti che iniziano il programma di attività fisica prima dell'intervento tendono a continuare l'esercizio durante la degenza postoperatoria, rendendolo una strategia piacevole per supportare il recupero funzionale.

PUNTI DI FORZA

Centralità del paziente

Coinvolgimento del paziente attraverso una corretta educazione sanitaria

Coinvolgimento del caregiver

Poter misurare attraverso una raccolta dati fornita dal contapassi

CRITICITÀ

Ottimizzare il tempo da dedicare al paziente e identificare il modo, il luogo e la figura professionale che deve essere coinvolta nel counselling

Maggiore impegno di risorse all'interno del team multidisciplinare



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Medici, Infermieri, Fisioterapisti





AREA PROFESSIONI SANITARIE
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA

PICC team aziendale: *costituzione di un team aziendale per l'inserzione dei PICC, Midline, cannule periferiche lunghe e la gestione della formazione aziendale sugli AVC*

Dott.ssa Rosalia Mercanti Dirigente Area Infermieristico-Ostetrica

*Dott. Andrea Toccaceli Responsabile Organizzativo PICC UNIT/Coordinatore
Dipartimento di Medicina Interna*

A.O.U. Ospedali Riuniti 'Umberto I - GM Lancisi - G.Salesi' Ancona



ABSTRACT

La maggioranza delle infezioni gravi associate a cateteri vascolari sono legate all'uso di Cateteri Venosi Centrali (CVC).

Negli Stati Uniti ogni anno si contano 15 milioni di giorni/CVC (cioè il numero totale di giorni di esposizione ai CVC nella popolazione selezionata).

Se il tasso medio di infezioni del torrente circolatorio associate a CVC (Catheter Related Blood Stream Infection, CRBSI) è di 5,3 per 1000 giorni-catetere, nelle terapie intensive statunitensi ogni anno si verificano circa 80.000 CRBSI.

Il 30% delle batteriemie che si verificano in ospedale vengono osservate in pazienti ricoverati in terapia intensiva, che rappresentano in media il 10% dei degenti.

Valutando la popolazione ospedaliera nella sua globalità, al di fuori delle terapie intensive, si stima che si verifichino ogni anno negli Stati Uniti un totale di 250.000 casi di CRBSI.

In questo caso la stima della mortalità attribuibile va dal 12 al 25% per ciascuna infezione e il costo

marginale per il sistema sanitario è di 20.000 € per episodio.

La più frequente via di infezione per gli accessi venosi a breve termine è la migrazione di microrganismi dalla cute al sito di emergenza (exit-site) attraverso il tratto cutaneo del catetere, con la conseguente colonizzazione della punta dello stesso.

I cateteri venosi ad inserzione periferica, quali PICC e Midline, offrono oggi una validissima soluzione al problema delle infezioni catetere-correlate. Con l'utilizzo di questi cateteri venosi si riducono sensibilmente le percentuali di infezioni, come dimostrato da innumerevoli studi presenti in letteratura.



OBIETTIVI

La costituzione di una PICC UNIT aziendale persegue i seguenti obiettivi specifici:

Per gli Utenti:

- A.** Riduzione dei tempi di attesa per l'inizio delle terapie.
- B.** Riduzione delle complicanze CVC correlate
- C.** Adozione di una tecnica standardizzata e condivisa per l'inserzione e la gestione dei PICC, eseguita da personale con esperienza e training specifici

Per gli Operatori:

- A.** Gestione degli impianti dei PICC e dei Midline per tutti i pazienti della A.O.U.
- B.** Consulenza verso committenti e utenti

- C. Mantenimento di un programma di formazione/aggiornamento continuo attraverso una formazione del personale neo-assegnato sulla gestione degli AVC; un training individualizzato per infermieri finalizzato alla acquisizione delle conoscenze avanzate, abilità e competenze nella gestione infermieristica degli AVC e del trattamento delle complicanze (circa 36 edizioni/anno).

Per l'Organizzazione:

- A. Riduzione delle spese sostenute per l'acquisto di presidi e di materiale d'uso relativi ad accessi venosi
- B. Mantenimento del presidio in condizioni ottimali, grazie alla prevenzione o al trattamento efficace di complicanze meccaniche (ostruttive), infettive che normalmente condurrebbero alla rimozione del presidio stesso
- C. Attuazione del "proactive vascular planning" mediante scelta oculata del presidio con miglior rapporto di costo-efficacia
- D. Riduzione della durata media della degenza ospedaliera
- E. Riduzione del rischio di infezioni associate a catetere venoso
- F. Aumento della efficienza attraverso riduzione dei tempi di attesa per il posizionamento di accessi a medio e lungo termine



RISULTATI

La PICC UNIT è stata formalizzata con delibera del Direttore Generale nel mese di novembre 2016.

Si restituiscono i dati di attività relativi all'anno 2018:

1. Sono stati eseguiti n. 1.441 impianti di cui n. 1.190 PICC (83%); n. 85 Midline (6%); n. 166 cannule lunghe periferiche (11%)
2. I posizionamenti sono stati eseguiti per il 66% presso la sede delle PICC UNIT e per il 44% a letto del paziente
3. Le unità operative maggiormente interessate sono quelle del percorso Onco-Ematologico
4. Sono state realizzate n. 268 consulenze infermieristiche finalizzate alla disostruzione degli accessi, verifica del corretto percorso di gestione di PICC infetti; verifica corretto posizionamento PICC.
5. Nel corso del 2018 sono stati realizzati n. 29 training formativi sulla gestione degli accessi venosi per un totale di circa 87 infermieri coinvolti. Per il 2019 sono stati programmati 34 eventi di training che coinvolgeranno circa 150 infermieri.

La PICC UNIT è inoltre seguita da un Responsabile medico chirurgo vascolare per consulenze, formazione, dialogo con la farmacia aziendale e valutazione dei presidi utilizzati.



CONCLUSIONI

La costituzione di un team di esperti infermieristico dedicato in via esclusiva all'impianto ed alla gestione di PICC, Midline e cannule periferiche lunghe garantisce una qualità dell'assistenza ed una sicurezza maggiori per gli utenti derivanti dalle competenze avanzate maturate dal gruppo degli impiantatori. L'attività di formazione continua garantisce una standardizzazione delle prassi e l'applicazione delle migliori evidenze scientifiche in tema di gestione degli accessi vascolari. L'organizzazione aziendale ha avuto un ulteriore beneficio derivante dal minor carico di lavoro e dalla maggiore appropriatezza degli interventi dell'équipe dei dirigenti medici di Anestesia e Rianimazione afferenti al DEA.

PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ

L'attuale organizzazione (apertura tutti i mattini da lunedì a sabato) sta divenendo insufficiente rispetto alle richieste inoltrate dalle unità operative aziendali

Impossibilità di poter gestire una sezione ambulatoriale rivolta ai pazienti dimessi

Aumento dei costi relativi alle nuove tecnologie utilizzabili necessarie per realizzare gli impianti di PICC

Presenza di un'équipe infermieristica dedicata, esperta e formata

Valutazione del patrimonio venoso del paziente e della migliore tipologia di presidio da impiantare

Riduzione delle rimozioni improprie dei PICC conseguenti ad eventi infettivi e/o trombotici, garantendo continuità dei trattamenti terapeutici in atto

Attuazione di un costante piano di training e formazione continua per gli infermieri di tutte le unità operative aziendali

Maggiore appropriatezza degli interventi in urgenza dell'équipe DEA aziendale



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Dirigente Area Infermieristico-Ostetrica
Coordinatore di Dipartimento
Coordinatori infermieristici e Infermieri



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

La PICC UNIT aziendale è attiva dal novembre 2016.

ASSISTENZA LIBERA E ABILITANTE: ELIMINARE LA CONTENZIONE DALLE PRATICHE DI ASSISTENZA E CURA.

Non legare!

Attuazione di un modello di assistenza libera dalla contenzione negli ospedali attraverso l'istituzione dell'Albo di Volontari dell'art. 13 della Costituzione nell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste.

Dott.ssa Maila Mislej Direttore della SC Direzione Infermieristica e Ostetrica ASUI di Trieste Friuli Venezia Giulia

Collaboratori del progetto: Fabio Cimador, Gilberto Cherri, Erica Venier, Diego Stefi, Roberto Aloisi, Lucia Benedetto, Antonella Geri, Loredana Braico



ABSTRACT

La contenzione viola i diritti sanciti dalla Costituzione, i diritti fondamentali dell'uomo e l'etica deontologica, induce sulle persone danni di natura fisica, psichica e psicologica, provoca agli ammalati perdita di funzioni, allunga le degenze e vanifica gli effetti delle cure, come dimostrato da numerose evidenze scientifiche. Eliminare la contenzione nell'assistenza, dunque, è impegno etico, giuridico, deontologico, professionale, scientifico e di buon senso che ispira ogni professionista della salute.

Trieste, dopo una battaglia durata 7 anni, già nel dicembre del 2013 è stata proclamata la prima città italiana "libera dalla contenzione", nel rispetto dell'articolo 13 della Costituzione, ed è indicata come città da prendere ad esempio (Comitato Nazionale di Bioetica nel report del 23 aprile 2015).

Il cambiamento è stato portato avanti dall'allora Azienda Sanitaria Triestina sin dal 2005, e ha portato ad una evoluzione culturale radicale, garantendo la liberazione da qualsiasi pratica di contenzione a più di 3000 anziani che vivono nelle case di riposo e strutture intermedie della città. La Regione Friuli Venezia Giulia ha voluto sancire con la Delibera n° 1904/2016 l'impegno per il superamento della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali pubbliche e private convenzionate con il SSR. Ad effetto della delibera e in prosecuzione ad una azione capillare di contrasto alle pratiche di contenzione in tutte le realtà assistenziali, l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste ha attuato fin dal suo costituirsi nel maggio del 2016 numerosi interventi organizzativi per rendere possibile il superamento della contenzione al suo interno.

La diffusione della Cultura della NON contenzione fra tutti i professionisti e operatori sanitari si è avvalsa di interventi formativi diffusi, di convegni, di Audit, della pubblicazione di poster e testi, della diffusione di **reminders**, della informazione divulgata attraverso un sito dedicato (<https://triesteliberadacontenzione.wordpress.com/>).

L'azione ha avuto ampia diffusione e ha coinvolto, oltre che tutto il personale sanitario dell'Azienda, anche l'Università, la stampa, i cittadini e numerose Associazioni.

Promuovere un'assistenza libera da contenzione significa anche saper riconoscere e supportare le situazioni di grande criticità in cui talvolta i professionisti sanitari operano, la complessità di specifici contesti clinici e la problematicità dei casi contingenti. A sostegno delle persone che attraversano durante la degenza momenti di grande bisogno di accudimento e a supporto degli operatori che si trovano talvolta a dover gestire situazioni di grande criticità per poter assistere persone confuse o disorientate, al Direzione Infermieristica dell'ASUITs ha voluto istituire un Albo di Volontari che intervengono in quelle situazioni in cui c'è una improvvisa necessità di aumentare l'assistenza per offrire conforto e sicurezza.

L'Albo dei Volontari dell'Articolo 13 della Costituzione è nato nel settembre del 2017 grazie alla generosità e sensibilità dei cittadini, coinvolti attraverso cinque associazioni di volontariato che operano nell'Ospedale di Trieste (AISTOM, ANVOLT, AVO, GAU e LILT) e ha arruolato presso le sue fila ben 45 persone che, dopo un periodo di formazione mirata, si sono rese disponibili ad intervenire a chiamata per supportare durante la degenza in ospedale quegli assistiti che necessitano di assistenza individuale e non possono avvalersi dell'aiuto continuativo dei familiari.

Il gruppo dei volontari è coordinato da un operatore dell'ASUITs stessa e offre il proprio supporto ormai da due anni in tutti quei casi, segnalati dai coordinatori delle Strutture ospedaliere, in cui è necessario contribuire con una integrazione mirata all'assistenza fornita dal personale e dalle famiglie.



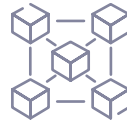
OBIETTIVI

SCOPO

Attuare un'assistenza etica, dignitosa e libera e garantire la sicurezza nei luoghi di cura e di assistenza all'interno dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste.

OBIETTIVI

- Eradicare le pratiche di contenzione dall'assistenza
- Evitare il verificarsi di episodi auto o eterolesivi, l'allontanamento dal luogo di cura delle persone confuse, i danni da caduta
- Supportare professionisti e operatori nell'assistenza di persone con specifico bisogno di assistenza individuale perché confuse, non complianti a cure necessarie, a rischio di allontanamento o in stato di agitazione psicomotoria



METODO

- Si sono inizialmente individuate le realtà cliniche a rischio, si sono rilevate le specifiche situazioni emergenti in cui il ricorso alla contenzione era più difficile da evitare
- Si sono coinvolte e sensibilizzate le Associazioni di Volontariato presenti e operative nell'Azienda attraverso la stampa e attraverso un Audit, appositamente allestito, dal titolo "Aiutaci ad Aiutare" in cui è stato presentato il problema della contenzione alle Associazioni di Volontari e si è annunciata l'intenzione di arruolare dei volontari disponibili a realizzare turni di presenza nelle 24 ore nei reparti per supportare il personale aziendale, in assenza di rete familiare o caregivers, per l'assistenza di quelle persone che necessitano una presenza 1:1 sulle 24 ore, con obiettivo il superamento della contenzione meccanica e farmacologica
- Si è avviato un percorso formativo mirato per i volontari che hanno offerto la loro disponibilità in cui si sono ampiamente trattati i temi della contenzione meccanica ambientale e farmacologica, l'epidemiologia e le motivazioni del fenomeno, le normative vigenti, gli effetti benefici del Nursing abilitante, le strategie alternative alla contenzione nella pratica assistenziale fino ad arrivare a discutere casi clinici tratti dalla pratica clinica. La formazione dei volontari si è poi conclusa con la visita guidata di piccoli gruppi nelle realtà cliniche che presentano maggiore criticità quali la rianimazione, la medicina d'urgenza e la neurologia
- Si è istituito un servizio di coordinamento dei volontari a cui afferissero le richieste da parte dei coordinatori delle Strutture Operative e che si interfacciasse con i Volontari stessi per coordinarne gli interventi
- Si è diffusa l'informazione e si sono sensibilizzati tutti i coordinatori infermieristici e gli operatori dell'Azienda per rendere operativo il servizio



RISULTATI

L'Albo dei Volontari art.13 della Costituzione è attivo all'interno dell'ASUTs dal 30/05/2017.

Durante i primi 15 mesi di attività i Volontari sono stati attivati dai Coordinatori Infermieristici delle Strutture Operative dell'ASUTs per supportare assistiti che presentavano stati di agitazione psicomotoria, demenza, disorientamento spazio-temporale, psicosi e delirium. Gli assistiti per i quali si sono attivati i Volontari erano a rischio di caduta, di rimozione accidentale dei devices, di allontanamento dall'ospedale e di interruzione delle cure. L'azione dei Volontari è stata coordinata con l'assistenza erogata dal personale sanitario dei servizi e con

l'assistenza fornita da familiari e caregivers laddove disponibili.

Si rappresentano nella seguente Tabella gli interventi complessivi dei Volontari nell'intero periodo.

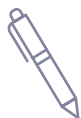
Periodo dal 30/05/2017 al 14/08/2018	
N° persone assistite	29
N° Strutture in cui i Volontari sono intervenuti	16
N° giornate di intervento	113
N° ore di intervento complessivo	530,5

Nel dettaglio gli interventi dei Volontari si possono così schematizzare:

STRUTTURE OPERATIVE	Persone Assistite		Giornate di Assistenza		Ore di assistenza espletate	
anno di attività	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Cardiochirurgia	1		8		40	
T.I. Cardiochirurgia	1		1		10	
Medicina Interna	3	5	8	10	45,5	56
Clinica Neurologica	1	4	2	17	4,5	88
Clinica Ortopedica	1	1	3	2	8	8
Ematologia	1		17		83	
Geriatria		3		6		26
Malattie Infettive	1		10		37,5	
Medicina d'urgenza	1	1	1	2	2	13
Medicina Riabilitativa		1		12		55
Neurochirurgia		1		2		20
Pneumologia		1		1		6
RSA		2		11		31
TOTALE	10	19	50	63	230,5	303

Le Associazioni di Volontari che hanno risposto all'iniziativa e sono intervenute:

ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO	Giornate Intervento		Ore di Intervento		Totale Complessivo	
anno di attività	2017	2018	2017	2018	2017	2018
AISTOM	4		9		4	9
ANVOLT	12	17	30	28	29	58
AVO	25	27	68	73	52	141
GAU	18	18	43	34	36	77
LILT	27	53	78	168	80	246
Totale	86	115	228	303	201	531



CONCLUSIONI

L'assistenza libera dalle pratiche di contenzione è possibile e quindi è un dovere di ogni professionista della salute realizzarla e promuoverla. Trieste è una città libera dalla contenzione nell'assistenza ed è città pilota nel promuovere questa cultura e studiare modelli organizzativi a supporto. I risultati dall'istituzione dell'Albo dei Volontari dell'art.13 della Costituzione sono stati crescenti per frequenza degli interventi, efficienza del coordinamento ed efficacia delle azioni intraprese.

Ci sono degli outcomes non rappresentabili numericamente che tuttavia esitano in maniera importante dall'attuazione di questo progetto:

- La sinergia sviluppatasi tra il personale delle Strutture e i Volontari stessi, che sono stati accolti con entusiasmo e riconoscenza e con cui si sono in breve tempo integrati
- La divulgazione tra i cittadini del problema rappresentato dalla contenzione nelle cure, del grande sforzo per contrastarlo e dell'impegno attivo speso per il superamento
- La risposta concreta data ai professionisti che si trovano di volta in volta nella condizione di dover affrontare vere e proprie sfide nell'assistenza e che si sono riconosciuti compresi e supportati da questa iniziativa
- La tutela dell'assistito, che è stato rispettato nei suoi diritti e nella sua dignità e che ne ha ricavato una ricaduta benefica in termini di salute

La contenzione è espressione di una cattiva assistenza, che si attua per disinformazione, insicurezza, abitudine e fatalismo e che riduce gli assistiti a "cose": il coinvolgimento dei Volontari costituisce un esempio di sinergie tra la Pubblica Amministrazione, i Cittadini e i Professionisti tutti della Salute verso la realizzazione di un Sistema Sanitario etico.

PUNTI DI FORZA

- Attuazione dell'assistenza senza il ricorso alla contenzione anche in situazioni molto critiche
- Tutela della dignità, della sicurezza, dei diritti e del rispetto della persona assistita
- Coinvolgimento dei cittadini nel problema
- Supporto ai caregivers dell'assistito
- Supporto al personale sanitario
- Sensibilizzazione diffusa al problema della contenzione nell'assistenza e nelle cure.

CRITICITÀ

- Coordinare le attività in situazioni spesso improvvise e imprevedibili
- Introdurre i volontari in realtà cliniche ad alta complessità
- L'impiego di risorse necessario per implementare la formazione e il progetto



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri, OSS, Fisioterapisti, Medici, Coordinatori infermieristici, Responsabili Infermieristici Dipartimentali, Dirigenti, Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie;

ma anche Cittadini, Stampa, le Associazioni di Volontariato.



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

6 mesi tra l'ideazione del progetto e l'ingresso attivo dei Volontari nelle Strutture Operative dell'Azienda.

DEU PRONTO SOCCORSO

Introduzione di un modello Fast/Smart in un PS adulti

Dott.ssa Lucia Mitello Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini – Roma

Daniela Battilana Posizione Organizzativa Innovazione e Sviluppo nuovi modelli organizzativi dell'assistenza

Annarita Marucci Posizione Organizzativa Governo assistenziale DEA

Eleonora Cirullo Posizione Organizzativa Governo dei Processi assistenziali in pronto Soccorso adulti

Roberta Delle Fratte Coordinatrice

Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini - Roma

ABSTRACT

I sistemi sanitari rappresentati da grandi e complessi ospedali e strutture territoriali cosiddette di prossimità, rappresentano micro e macro sistemi con la propria cultura, i propri processi e con un contesto normativo, politico e sociale in perenne cambiamento e spesso non è semplice delineare i livelli macro e micro. Mentre i cambiamenti nel macro sistema sono in genere determinati da provvedimenti e scelte di policy a livello di direzione dei processi, i cambiamenti organizzativi, nelle micro cellule, quale per esempio può essere un Pronto Soccorso, sono in genere determinati dai professionisti sanitari che li abitano e che conoscono il contesto. In quest'ottica nell'AO San Camillo di Roma e i professionisti stessi hanno dato vita ad un progetto che ha visto l'introduzione del percorso "Fast", la realizzazione di una comunicazione visiva, l'attivazione schede identificazione del pz., e la revisione della logistica per lo stoccaggio dei presidi

con lo scopo di migliorare il percorso dei pazienti che per motivi diversi accedono alla struttura per il tramite del Pronto Soccorso.

OBIETTIVI

- Abbattimento del tempo di permanenza dei pazienti in PS
- Attivazione/implementazione di precorsi codificati in situazioni definite (es.: dolore addominale)
- Facilitare/velocizzare la dimissione delle situazioni di overcrowding in PS

METODO

Si è inizialmente effettuata un'analisi di contesto grazie alla definizione di GDL (gruppo di lavoro) che ha visto il coinvolgimento del Dipartimento delle Professioni Sanitarie, del Direttore dell'U.O.C. Pronto Soccorso e del Coordinatore del PS in sinergia con la Direzione strategica dell'AO. Successivamente si è provveduto alla formazione di parte del personale medico ed infermieristico (in aula e on the job) sulla metodologia Lean per migliorare i processi organizzativi presenti. È stata effettuata la mappatura delle criticità e tempi morti e individuati i prodotti/servizi caratteristici della struttura ed il processo di attraversamento (flusso) del paziente dall'arrivo fino all'uscita del PS e le possibili azioni di miglioramento. Le azioni individuate sono state inserite in un'**agenda di miglioramento** (cronoprogramma) come interventi

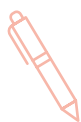
da svolgere al fine di colpire le attività non a valore aggiunto (NVA), per abbattere i tempi di attesa e ridurre gli spostamenti di pazienti e professionisti.



RISULTATI

La mappatura dei processi si è tradotta nelle azioni di miglioramento di seguito elencate:

- Creazione di una postazione/box visita dedicata allo “Smart/Fast” in uno spazio adeguato che ha permesso di continuare ad effettuare le visite dei pz. anche nelle fasce orarie dove è prevista la presenza dei familiari e grazie all’apertura rapida del caso l’invio veloce a consulenza abbattendo così il tempo di permanenza (es. patologie inserite nel percorso fast: traumi a basso impatto, odontalgia, dermatologia, piccole ferite ecc.) che ha permesso la riduzione dei tempi di attesa medi codice verde da 123,5 nel 20 a 91,1 nel (dati Gipse).
In caso di assenza di pazienti smart il medico e l’infermiere dedicati vengono dirottati ad altre postazioni (flessibilità operativa)
- Implementazione percorso agevolato “Paziente con dolore addominale”. In questi casi è stata prevista l’immediata esecuzione di ECG e prelievi in modo tale che all’apertura della cartella da parte del personale medico sia già possibile visionare gli esami e procedere rapidamente alla richiesta di eventuali accertamenti (riduzione tempo di transito in PS del 20% nel 2017 rispetto al 2016)
- Miglioramento della comunicazione con l’utenza: predisposizione pannelli comunicativi e ridefinizione dei contenuti degli stessi (visual management)
- Introduzione del software per la gestione dei trasporti interni per evitare sovrapposizioni di richieste telefoniche e utilizzo improprio di risorse



CONCLUSIONI

L’introduzione del modello Fast nel nostro PS ha risposto positivamente a quelle che erano le attese iniziali come è facilmente deducibile dalla riduzione dei tempi tra triage e apertura della cartella e tra tempo di apertura e chiusura della cartella (riduzione dei tempi di 76%). Tutto questo anche in linea con gli obiettivi di performance Regionali rispetto al problema del sovraffollamento nei PS della Regione Lazio.

PUNTI DI FORZA

Riduzione dei tempi (valori medi)
Riduzione delle attività non a valore aggiunto
Ridefinizione dei percorsi interni al PS

CRITICITÀ

Non attivazione di tutti i percorsi “Fast” definiti
Non completa formazione di tutto il personale interessato rispetto alla metodologia “Lean”
Elevato turn-over del personale assegnato al PS



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Coordinatore infermieristico, Direttore di U.O, Infermieri, Medici, Operatori Tecnici.



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Un anno con pianificazione mensile delle attività.



DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Il Team Bed Management: *ottimizzatori dei processi di ricovero in emergenza e urgenza*

*Dott.ssa Lucia Mitello Direttore Dipartimento delle Professioni
Sanitarie Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini – Roma*

Team Management:

Annarita Marucci Posizione Organizzativa Governo assistenziale DEA

Angelo Pochini Coordinatore U.O.C. Medicina

Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini - Roma



ABSTRACT

L'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma, con un DEA di II livello, da oltre dieci anni ha ideato e realizzato il progetto Bed Management

Model, nel quale un team di Coordinatori Infermieristici in collaborazione con le altre figure professionali sanitarie, hanno saputo tradurre nel quotidiano quanto successivamente è stato disposto dalla Regione Lazio con la DGR 821/2009, "ottimizzando" i posti letto aziendali. Il progetto ha la funzione strategica all'interno dell'organizzazione ospedaliera soprattutto nelle situazioni di crisi e di particolare complessità all'interno del DEA e del Pronto Soccorso.



OBIETTIVI

1. Realizzare una rete di relazioni tra tutte le Unità Operative aziendali ed il Pronto Soccorso, favorendo (facilitando) la collaborazione della presa in carico della persona malata presente in Pronto Soccorso, in attesa del posto letto ospedaliero

- 2.** Per realizzare tale rapporto di collaborazione tra professionisti è stato necessario chiedere l'impegno e rafforzare il senso di responsabilità di tutti al fine di contribuire a ridurre i tempi di attesa al ricovero, rendendo disponibili i letti prima possibile
- 3.** Realizzare una rete di collaborazione (atto formale) tra l'Azienda Ospedaliera e le strutture sanitarie accreditate al SSR per facilitare la continuità delle cure nella fase post acuta al fine di contribuire a rendere disponibili i letti per i casi acuti presenti al DEA



RISULTATI

Ogni giorno il TBM gestisce circa 71 percorsi clinici tra ricoveri intra e extra ospedalieri per pazienti con patologie in fase acuta e trasferimenti esterni, per un totale di circa 2130 pazienti al mese. In questi anni il TBM ha contribuito, nelle Unità Operative a: ridurre i pazienti cronici in ospedale; ridurre i letti in soprannumero; migliorare: la degenza media, l'indice di occupazione, l'indice di turnover, diminuire i D.R.G. medici in area chirurgica. Il Servizio ha realizzato una rete di collaborazione (presa in carico del paziente) non solo all'interno dell'azienda stessa ma anche con le strutture sanitarie accreditate al Servizio Sanitario Regionale, per garantire la continuità delle cure nelle fasi post-acute nelle aree: lungodegenza medica, riabilitazione intensiva ed estensiva ed hospice.

.....

In questi dieci anni il Servizio TBM ha svolto attività di formazione e di addestramento per progetti di Bed Management di: Aziende e Complessi Ospedalieri, Policlinici, ASL e Presidi sia regionali che nazionali.



CONCLUSIONI

Prendersi cura della persona malata, fin dal suo ingresso in ospedale in emergenza-urgenza, definendone il percorso assistenziale di ricovero più appropriato possibile, è l'obiettivo principale di chi svolge l'attività di Bed Management. L'esperienza clinica nella gestione dei pazienti complessi, la conoscenza delle linee di attività presenti all'interno dell'azienda e il saper riconoscere le specifiche professionalità degli operatori che lavorano nelle unità operative, hanno contribuito a rendere il servizio una realtà strategica nell'organizzazione ospedaliera, facilitando l'ottimizzazione e la razionalizzazione dei posti letti aziendali.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Coordinatori infermieristici e Infermieri



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il Servizio è attivo dal 11 febbraio 2008.

PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ

Carenza di sistemi informativi per la gestione dei dati

Mancanza di un coordinamento regionale dei Servizi di Bed Management delle strutture ospedaliere

Capacità nella gestione delle complessità organizzative ed assistenziali

Capacità adattive ai cambiamenti organizzativi aziendali

Capacità nella gestione dei conflitti relazionali

Conoscenza delle priorità in rapporto agli obiettivi aziendali

Attività formativa sul Modello Bed Management, con implementazione in altre aziende

Conoscenza dei PDTA aziendali per i ricoveri in emergenza-urgenza

Capacità di elaborare strumenti informativi ed operativi di management

Forte coesione nell'équipe;

Capacità di lavoro in team con il personale della Direzione Sanitaria e del Dipartimento delle Professioni sanitarie (es.: unità di crisi)

Capacità di collaborazione con i vari professionisti sanitari sia in azienda che nelle strutture sanitarie esterne, per facilitare i percorsi di ricovero e per garantire la continuità delle cure

FRAGILITÀ CRONICITÀ

Fragilità Cronicità Accompagnamento

Dott. Giovanni Mutillo Direzione delle Professioni Sanitarie

Dott. Valerio Filippo Profeta Dipartimento Assistenza Territoriale

Dott. Franco Santarelli Coordinamento Staff di Direzione

Dott.ssa Ft. Anna Ceci NOCAT

Dott. Tommaso Ceci

Dott. Inf. Luciano Pannelli

Dott.ssa Inf. Emanuela Zenobi

Avv. Roberto Fagnano Direzione Generale

Azienda ASL Teramo Abruzzo



AREA DI INTERVENTO DEL PROGETTO

Gli ultimi dati ISTAT evidenziano che duemilioneisecentomila persone vivono in condizioni di disabilità in Italia (4,8% della popolazione totale, 44,5% della fascia di età > a 80 anni); ciò testimonia una trasformazione radicale nell'epidemiologia del nostro Paese.

Dal 1° gennaio 2016 l'ADI della ASL di Teramo, come già avvenuto nel resto della Regione Abruzzo, è stato esternalizzato secondo un modello di "Appalto a Terzi".

La ASL di Teramo per rispondere ai crescenti bisogni della popolazione, in risposta all'invecchiamento e alla cronicità, ma soprattutto per individuare, attuare e sviluppare una rete di presa in carico delle "persone in condizione di cronicità e fragilità, garantendo la continuità e l'appropriatezza nell'accesso alla rete dei servizi deputati all'erogazione delle prestazioni sanitarie,

sociosanitarie" mantiene il "ruolo di gestore" nell'affidamento del "servizio erogazione cure domiciliari".

Quindi una "governance" sui processi di erogazione che assicurano un approccio di iniziativa basata sull'epidemiologia della popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale che garantisca per le situazioni di cronicità, complessità, fragilità e non autosufficienza la presa in carico dei bisogni e la continuità assistenziale.

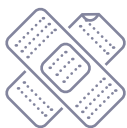
Gli standard delle prestazioni sanitarie assistenziali erogate, la pianificazione, il monitoraggio e il controllo sulle modalità e i tempi dell'erogazione e sulla valutazione degli outcome assistenziali, sono assicurati dai professionisti del Team multidisciplinare dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) del DSB di appartenenza.



L'UVM:

- Valuta e prende in carico il paziente identificando i setting appropriati e i macro-obiettivi del programma curativo-riabilitativo-assistenziale
- Elabora il programma di Pianificazione Assistenziale Individualizzato (PAI) che invia alla struttura erogatrice.

Il progetto “Fragilità Cronicità Accompagnamento”, con l'istituzione del Nucleo Operativo Controllo Assistenza Territoriale (NOCAT delibera aziendale n°0909 del 12/07/2017) è rivolto ai pazienti fragili cronici assistiti sul territorio della ASL di Teramo, che hanno un rischio maggiore di outcome negativi, quali aumento della morbidità, aumentata frequenza e durata di ospedalizzazione, aumentato rischio di disabilità e non autosufficienza, maggiore precarietà nella qualità di vita e aumento della mortalità.



ABSTRACT

Il nuovo modello organizzativo, in linea con il Piano Nazionale Cronicità (PNC) 2016 e con i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), prevede una forte integrazione della rete ospedale-territorio e delle istituzioni locali.

Nasce, quindi, il progetto “Fragilità cronicità accompagnamento” con l'équipe multidisciplinare di Infermieri, Fisioterapisti, Assistenti Sociali, MMG/PLS, Medici Specialisti e di Distretto e con la direzione dei Dirigenti delle Professioni Sanitarie e del Direttore del DAT (Dipartimento Attività Territoriali), che hanno lavorato in sinergia per la riorganizzazione, ottimizzazione ed implementazione del nuovo modello di assistenza domiciliare.

Tale progetto rappresenta il presupposto di una sperimentazione per il quale è stato necessario istituire il Nucleo Operativo di Controllo Assistenziale Territoriale (NOCAT) con le funzioni di Pianificazione, Monitoraggio e Controllo dell'Assistenza Domiciliare Integrata territoriale.

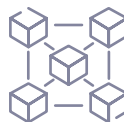
L'intervento progettuale si esplicita in una prima fase con una serie di attività di sensibilizzazione degli utenti e dei MMG/PLS con l'obiettivo di far emergere una cultura e un modello organizzativo aziendale che gestisca la presa in carico globale della persona dalla dimissione protetta ai diversi setting assistenziali e con l'attivazione del Piano Assistenziale Individuale specifico per ogni singolo paziente.

Elemento rilevante è l'ampliamento della rete ospedale - territorio nell'integrazione con la Rete Cure Palliative, la Stroke-Unit e RSA.



OBIETTIVI

- Dare una risposta adeguata ai bisogni di salute
- Evitare ricoveri ospedalieri impropri
- Mantenere il paziente nel proprio ambiente di vita
- Garantire continuità assistenziale e integrazione dell'assistenza
- Potenziare il coinvolgimento del paziente e della rete familiare (empowerment)
- Condivisione a livello regionale del nuovo modello organizzativo



METODO

Audit organizzativo: valutazione dei processi organizzativi di supporto alla attività sanitaria (es. sistema informativo, procedure organizzative finalizzate al raccordo con il personale della Servizio di Esternalizzazione ADI). L'esternalizzazione del Servizio ADI rende indispensabile questa tipologia di audit per verificare il rispetto di quanto concordato nel capitolato d'appalto.

Audit interno: può essere effettuato in una singola struttura (ospedale, dipartimento, servizio, distretto sanitario, etc.) che presenta criticità al fine di individuare i miglioramenti possibili. L'audit clinico e monoprofessionale: coinvolge più o solo alcune figure professionali per migliorare il processo assistenziale.

Audit di esito: misura gli out come dell'attività assistenziale sulla salute del paziente. I risultati possono essere misurati attraverso indicatori di esito quali: mortalità, riospedalizzazione, rientri in sala operatoria non pianificati, autonomia del paziente, qualità percepita.

Formazione: pianificazione di eventi formativi e di sensibilizzazione per diffondere la cultura del nuovo modello organizzativo.

Piano di comunicazione: briefing interni e con il personale esterno del Servizio Esternalizzato, revisione modulistica, implementazione cartelle condivise informatiche, implementazione ed adattamento del sistema informatico per l'estrazione dei flussi informativi ministeriali.

Indicatori quali/quantitativi per il monitoraggio. Condivisione del progetto con la Regione Abruzzo. Follow up integrato per il monitoraggio degli esiti.

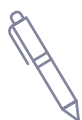


RISULTATI

- Presenza di Cartella Clinica Domiciliare Integrata condivisa tra Medici di Base e Specialisti con conseguente rafforzamento della rete

ospedale-territorio

- Il NOCAT ha fornito un supporto organizzativo a pazienti, familiari, MMG, specialisti e ha permesso di attivare un canale preferenziale di presa in carico e continuità nella rete dei servizi per i pazienti anziani fragili e in condizioni di cronicità
- Corsi di formazione e informazione ai professionisti che operano sul paziente complesso: malati di SLA in collaborazione con l'associazione AISLA
- Collaborazione ed implementazione del piano formativo per i professionisti delle strutture del servizio esternalizzato
- Customer satisfaction: indice di gradimento medio-alto. Non ci sono state segnalazioni negative da parte degli utenti rispetto alle prestazioni ricevute
- Ricognizione dei pazienti fragili e o in condizioni di cronicità ad alta complessità (malattie neurologiche, neuromuscolari, nefropatici) ed acquisizione dei PDTA regionali sul territorio interessato
- Revisione e aggiornamento della documentazione (cartella clinica, report, documenti statistici) necessari per l'attuazione e il monitoraggio delle fasi del progetto



CONCLUSIONI

Il progetto “Fragilità cronicità accompagnamento”, come strumento di verifica dell’appropriatezza, efficacia e qualità della performance

clinico-assistenziale nel trattamento del paziente vulnerabile, consente cambiamenti migliorativi della pratica clinico-assistenziale e, per effetto di questi, il miglioramento complessivo assicura l’applicazione e l’aderenza al PDTA dei pazienti arruolati e assegnati all’area di competenza.

Il modello organizzativo (gestionale e di coordinamento) dovrà prevedere una maggiore presenza del personale infermieristico coinvolto nella progettazione e nella attività assistenziale in collaborazione con altri professionisti, per consolidare la funzione di:

1. Gestire e coordinare le strutture di erogazione assegnate (ambulatori)
2. Potenziare la programmazione e il controllo della attività
3. Assicurare l’applicazione e l’aderenza al PDTA dei pazienti arruolati e assegnati all’area di competenza

4. Promuovere e assicurare l’appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate
5. Garantire la collaborazione fra le aree della rete per favorire l’integrazione organizzativa e professionale

Quel che è più importante sottolineare sono le implicazioni in termini di miglioramento della qualità assistenziale organizzativa e la conseguente sostenibilità del Sistema.

PUNTI DI FORZA

Incremento dei servizi per il sostegno alla domiciliarità (con normativa di riferimento dettagliata, DGR 39-11190)

Forte attenzione/conoscenza del territorio nell’ambito assistenziale

Presenza di personale interno motivato e con esperienza consolidata

Diffusa rete di servizi socio-assistenziali a tutela della terza età (attività distrettuali socio-sanitarie, residenzialità, assistenza domiciliare)

Rete di collaborazione di servizi Presidi Ospedalieri ed ADI attraverso un tavolo tecnico di lavoro per le dimissioni protette

Risorse familiari: il Caregiver è il referente familiare che si prende cura per più tempo dell’assistito, costituisce la risorsa operativa preziosa contribuendo alla realizzazione del PAI

Risorse economiche ed umane: fondi per la Non Autosufficienza stanziati dalla regione Abruzzo

CRITICITÀ

Carenza di alcune procedure e protocolli operativi standardizzati e applicabili su tutto il territorio provinciale

Difficoltà delle relazioni fra l’Ospedale e il territorio, in particolare, i professionisti territoriali ed ospedalieri (anche i MMG) lamentano una difficoltà a raccordarsi fra loro per agire in sinergia

Invecchiamento della popolazione e conseguente aumento della complessità assistenziale

Difficoltà reinserimento sul territorio di alcuni anziani dimessi dalla lungodegenza

Carenza di una rete di collaborazione tra tutti gli attori coinvolti (istituzioni, case di riposo, privato sociale) per ottimizzazione dei servizi

Insufficienza delle risorse finanziarie e professionali rispetto all’aumento della richiesta di servizi (causato dall’invecchiamento della popolazione)

Turnover del personale





PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermiere, Fisioterapista, Logopedista, Assistente Sociale, MMG/PLS, Medici Specialisti, Medici responsabili di distretto e/o loro referenti.



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

2 anni

CRONOGRAMMA DELLE FASI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

TEMPI DI REALIZZAZIONE

		30 giorni	60 giorni	90 giorni	120 giorni	150 giorni
FASI						
1	Ridefinizione dell'organizzazione					
3	Attuazione procedure amministrative					
4	Implementazione in continuità col Progetto già attuato					
5	Monitoraggio					
6	Analisi/verifica dei risultati					
		Responsabile	Responsabile	Responsabile	Coord. + team multidisciplinare	Coord. + team multidisciplinare

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

CRONOGRAMMA DELLE FASI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

TEMPI DI REALIZZAZIONE

[illegible]

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ



ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO

Alternanza scuola lavoro diario di bordo: *guardare con occhi diversi il mondo della disabilità*

Dott. Giovanni Mutillo Direzione delle Professioni Sanitarie

Dott.ssa Anna Ceci, Dott.ssa Franzone Giuseppina, Dott. Pesare Isidoro, Dott. Franco

Santarelli, Dott.ssa Emanuela Zenobi, Avv. Roberto Fagnano

ASL Teramo Regione Abruzzo



AREA DI INTERVENTO DEL PROGETTO

Il progetto alternanza scuola lavoro

“Diario di Bordo: guardare con occhi diversi il mondo della

disabilità” è inteso come l’occasione per iniziare una trasformazione del metodo di apprendimento degli studenti del Liceo Scientifico A. Einstein di Teramo, al fine di agevolare le scelte professionali e l’educazione alla salute mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro, sanitario nello specifico settore riabilitativo.

L’alternanza scuola-lavoro, obbligatoria per tutte le studentesse e gli studenti degli ultimi tre anni delle scuole superiori, licei compresi, è una delle innovazioni più significative della legge 107 del 2015 (La Buona Scuola) in linea con il principio della scuola aperta. MIUR prot. n. AOODGRUF11123 del 30 maggio 2018, Decreto Direttoriale n. 799 Ufficio Scolastico Regionale, *“Fondo per il funzionamento delle istituzioni scolastiche per le spese relative all’alternanza scuola-lavoro, nonché per la formazione in materia di tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro”*, per l’a.s. 2017/2018, periodo gennaio/agosto 2018, destinata alle Istituzioni Scolastiche secondarie di secondo grado paritarie.

Alla UOSD di Medicina Fisica Riabilitativa Aziendale della ASL di Teramo afferiscono pazienti in regime ambulatoriale e in regime di ricovero ospedaliero.

I paziente ambulatoriali sono affetti, prevalentemente, da patologie:

- Ortopediche (traumatologiche, croniche, post chirurgiche e posturali)
- Neurologiche acute e croniche (sia del sistema nervoso centrale che periferico)

I pazienti in regime di ricovero possono presentare patologie di tipo:

- neurologico
- cardiologiche
- respiratorie
- pediatriche
- geriatriche

Pertanto i setting terapeutici/riabilitativi attivi sono molteplici ed offrono numerose opportunità di conoscenze e spunti di riflessioni per i giovani in formazione.



ABSTRACT

Il protocollo d'intesa tra il MIUR e il Ministero della Salute favorisce il cambiamento culturale per la costruzione di una via italiana al sistema duale, che

riprende buone prassi europee, coniugandole con le specificità del tessuto produttivo ed il contesto socio-culturale italiano, promuovendo la transizione tra scuola e lavoro in termini di educazione alla salute, che può essere occasione di crescita personale e sociale per i ragazzi. L'azienda ASL di Teramo, aprendo l'alternanza scuola-lavoro, si rende protagonista di un processo di innovazione di riconoscibilità all'interno del territorio promuovendo il proprio ruolo sociale e la propria funzione formativa, favorendo l'orientamento dei giovani in modo che possano incontrare e conoscere il potenziale lavoro futuro, in ambito sanitario.

La didattica tutoriale intende facilitare lo studente a sviluppare competenze in due aree da intendersi fondamentali nel lavoro sanitario riabilitativo:

AREA CLINICA - RIABILITATIVA

Capacità di osservazione:

- osservazione diretta del "caso clinico" in ambito sportivo, preventivo, pediatrico, logopedico, neurologico traumatologico ecc.
- indicazioni ed uso delle apparecchiature elettromedicali in ambito riabilitativo

AREA RELAZIONALE

- *Sviluppo di competenze relazionali:* maturare la capacità di relazionarsi di instaurare rapporti costruttivi con pazienti e tutor delle Unità Operative Ospedaliere: rispetto dei ruoli, delle regole comuni, delle consegne, attitudine alla cooperazione, interazione con altre figure professionali, assunzione di responsabilità e capacità di auto-osservazione.
- *Brainstorming:* libera discussione sull'esperienza da vivere e vissuta.

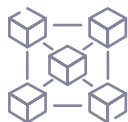


OBIETTIVI

- Orientare e offrire un percorso formativo che consenta agli studenti un contatto concreto con il mondo del lavoro sanitario; mira dunque a consentire ai liceali di osservare ed interagire con gli utenti (pazienti) di specifici settori sanitari, in questo caso, quello riabilitativo, sotto supervisione delle figure professionali del settore quali Medici Fisiatri, Fisioterapisti, Logopedisti, Infermieri
- Permettere la comprensione, in situazione lavorativa (per orientare al mondo del lavoro), di "buone pratiche" nel settore riabilitativo,

con particolare riferimento alle più recenti linee guida in materia di riabilitazione con un arricchimento delle competenze curriculari in uscita

- Realizzare un collegamento tra le istituzioni scolastiche e il mondo del lavoro, ponendo l'attenzione alle prospettive di scelta e sviluppo delle professioni future



METODO

Brainstorming: libera discussione sull'esperienza da vivere: giornata incontro con il Coordinatore

Fisioterapista, Medico Fisiatra di sede e Posizione Organizzativa della Riabilitazione (giornata introduttiva all'esperienza guidata), introduzione teorica sulle attività riabilitative svolte presso la Medicina Fisica Riabilitativa M.F.R. visita guidata al Servizio; osservazione del settore terapie strumentali fisiche con i Tutor del servizio di M.F.R.

Focus group sulla disabilità ortopedica, cardiologica e neurologica: introduzione dei casi clinici e visita guidata presso U.O.C. di ortopedia e traumatologia, cardiocirurgia, neurochirurgia Stroke Unit con osservazione di "casi clinici", valutazione e osservazione dei trattamenti riabilitativi.

I disturbi della comunicazione osservazione e trattamenti logopedici.

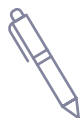
Ai confini della disabilità: introduzione dei casi clinici e visita guidata presso il nido e la terapia intensiva, presentazione del progetto *"Rianimazione Aperta"* con osservazione diretta di "casi clinici".

Brainstorming/Reporting finale: libera discussione sull'esperienza vissuta stesura relazione finale.



RISULTATI

Lo stage ha previsto 20 ore per singolo studente iniziando con un Brainstorming di gruppo insieme alla Posizione Organizzativa della Riabilitazione coadiuvata dall'Infermiere (nel ruolo di facilitatori) i ragazzi sono stati invitati a "tirare fuori" in libertà le loro emozioni sull'esperienza da vivere, costruendo e favorendo un clima di base adatto allo sviluppo dell'apprendimento attivo e collaborativo. Gli studenti, attraverso la comunicazione grafica e verbale (su schede di analisi e relazioni di sintesi) hanno creato un vero e proprio "strumento comunicativo" contenente sia le aspettative iniziali che la rielaborazione finale dell'esperienza vissuta. Feedback positivi degli insegnanti.



CONCLUSIONI

Il percorso ha permesso esperienze concrete di carattere orientativo e pratico, offrendo un ampio ventaglio di osservazione in diversi contesti sanitari.

L'introduzione e l'osservazione dei casi clinici e visita guidata presso i reparti di degenza in primis il "Nido" e via via osservando una organizzazione di complessità maggiore fino ad arrivare al reparto di "Rianimazione Aperta" è stata condotta di volta in volta da tutta l'équipe della MFR in collaborazione con il personale dei servizi coinvolti. Il gruppo studenti si è mosso con rispetto, curiosità ed ascolto reciproco, rielaborando tutto il percorso con una relazione finale della quale riporto in sintesi alcuni stralci:

"... l'esperienza svolta è stata utile ed interessante per ognuno di noi, sotto un punto di vista formativo ci ha aperto nuovi orizzonti sul futuro. Il reparto più interessante visitato è stato quello di rianimazione, in cui i pazienti si trovano in stato di coma e non coscienti, aprivano gli occhi e volgevano uno sguardo disperato e speranzoso verso di noi, come se volessero comunicarci qualcosa. Una cosa che ci è piaciuta molto, inoltre è stato il rapporto che i medici/fisioterapisti assumevano con i loro pazienti..."

"... il reparto di terapia intensiva è stata un'esperienza molto forte, saremo più attenti con uso di varie sostanze quali alcool e sostanze stupefacenti, ci ha fatto riflettere molto sulle conseguenze che ogni scelta stupida che facciamo può avere e che la salute è la cosa primaria che ognuno di noi deve proteggere..."

Non sono mancati momenti critici previsti e inaspettati come il malessere di un ragazzo davanti a un paziente "critico" e "tempi morti".



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Studenti Liceo Scientifico di Teramo
indirizzo sportivo A. Einstein, Medici
Fisiatri, Fisioterapisti, Logopedisti,

Personale Reparti Ospedale Mazzini di Teramo:
Nido, Ortopedia, Neurologia, Neurochirurgia,
Rianimazione. Direzione delle Professioni Sanitarie.
Pazienti ed utenti del PO Mazzini di Teramo



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

- 10 gruppi di 4/5 studenti
- 20 ore per singolo studente dalle ore 8.15 alle ore 13.15, calendarizzato su quattro giorni settimanali nel primo semestre 2018

PUNTI DI FORZA

Presenza di personale interno motivato e con esperienza consolidata

Sviluppare la promozione della salute e del benessere nella scuola

CRITICITÀ

Carenza di una cultura sanitaria degli studenti

Mancanza di un modello organizzativo sistemico di approccio scolastico globale così come concepito dalla nuova intesa Salute-Miur

Limitatezza del tempo impiegato.





NAIOT

Istituzione Nucleo Assistenziale Integrazione Ospedale Territorio NAIOT

Dott. Giovanni Mutillo Direzione delle Professioni Sanitarie,
Dipartimento Assistenza Territoriale

Dott. Valerio Filippo Profeta, Coordinamento Staff di Direzione: Dott. Franco Santarelli U.O.C. Formazione, Qualità e Comunicazione Strategica, NOCAT (Nucleo Operativo di Controllo Assistenziale Territoriale): Dirigente Medico ADI Dott. Tommaso Ceci, Posizione Organizzativa della Riabilitazione: Dott.ssa Ft Anna Ceci, Dott. Inf. Luciano Pannelli, Dott.ssa Inf. Emanuela Zenobi, NAIOT (Nucleo Assistenziale Integrazione Ospedale-Territorio): Infermiera Case Manager Dott.ssa Filomena Piersanti, Dott.ssa Amina Bonifaci (Assistente Sociale), Dott.ssa Giuditta Taraschi (Assistente Sociale), Dott. Pesare Isidoro (Fisiatra), Dott.ssa Franzone Giuseppina (Fisiatra), Direzione Generale Avv. Roberto Fagnano, Dott.ssa Ramona Lupinetti CPS Infermiera U.O.C. Neurologia, tirocinante NAIOT Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche/Ostetriche Università degli Studi L'Aquila



AREA DI INTERVENTO DEL PROGETTO

Con Delibera n. 0088 del 23 gennaio
2018 “Istituzione del Nucleo
Assistenziale Integrazione Ospedale

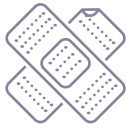
Territorio (NAIOT) ed approvazione procedura
per la dimissione protetta”, nella ASL di Teramo
è stato avviato il progetto, in sperimentazione
presso l'Ospedale “Mazzini” di Teramo. L'area
di intervento coinvolge tutte le unità operative del
presidio ospedaliero, tutti i servizi/strutture del
territorio, afferenti al Dipartimento Assistenza
Territoriale.

- La dimissione protetta costituisce il centro del modello di presa in carico e consiste nella valutazione accurata del paziente attraverso la definizione del setting assistenziale appropriato e

quindi la consequenziale stesura del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato), che viene redatto durante la degenza, per definire il percorso di cura, anche al domicilio del paziente, al fine di ridurre la durata della degenza e monitorare la condizione di fragilità.

- La dimissione protetta si realizza con l'intervento integrato dei professionisti dell'ospedale, del territorio, del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, dei servizi comunali e con la partecipazione attiva della famiglia.
- La dimissione protetta ha tra gli obiettivi la riduzione della durata della degenza, il contenimento dei ricoveri impropri, lo sviluppo di una interrelazione tra il ricovero ospedaliero ed il reinserimento nel territorio, la promozione di attività congiunte e di raccordo tra il personale socio-assistenziale e sanitario, ospedaliero e del territorio.
- L'ASL di Teramo con l'istituzione del “NAIOT” vuole attivare un nuovo modello organizzativo di dimissione protetta, con la sperimentazione dei percorsi dedicati, dal pronto soccorso e dalle UU.OO. ospedaliere, all'utilizzo di strutture territoriali e di assistenza domiciliare, incentrate sulla buona pratica di assistenza, sull'appropriatezza delle prestazioni rispetto alle necessità clinico-assistenziali, sulla tempestività, sulla continuità delle cure e sulla relazione/comunicazione con gli utenti.

- Possono essere candidati alla dimissione protetta soggetti ospedalizzati, indipendentemente dall'età, affetti da patologie che, superata la fase acuta, tuttavia necessitano ancora di particolari prestazioni sanitarie, socio-assistenziali e riabilitative, effettuabili a domicilio.



ABSTRACT

BACKGROUND NORMATIVO - CULTURALE

Negli ultimi decenni si è assistito, nella realtà italiana, ad un forte invecchiamento della popolazione. Questo fenomeno demografico ha portato con sé ad un aumento delle persone affette da patologie croniche, come malattie cardio-vascolari, diabete, BPCO o malattie neuro-degenerative e al conseguente aumento delle ri-ospedalizzazioni e delle spese sanitarie e sociali.

Come è stato già fatto a livello mondiale ed europeo anche l'Italia ha affrontato la problematica negli ultimi Piani Sanitari Nazionali nonché nei Piani Nazionali di Prevenzione e nel Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. Alcune regioni italiane hanno risposto alle direttive europee e nazionali adottando diversi Modelli Assistenziali: ad esempio il Chronic Care Model in Toscana e il Poligono delle cronicità in Lombardia.

In Abruzzo nello scenario del Piano Nazionale della Cronicità del 2016 e del Piano di Riqualificazione del Servizio Sanitario Abruzzese (allegato al Decreto del Commissario ad Acta n° 55/2016 del 10/06/2016) la ASL 4 di Teramo ha iniziato la sperimentazione del Modello delle Dimissioni Protette gestite dal Nucleo Assistenziale Integrazione Ospedale Territorio.

Questo progetto mira a garantire la Continuità Assistenziale nell'ottica di una più efficace Presa in Carico del paziente fragile dimesso dalla struttura ospedaliera.

Lo scopo principale è quello di migliorare l'integrazione degli interventi socio-assistenziali nel percorso ospedale-territorio e di contenere le frequenti ri-ospedalizzazioni.

Come prima cosa si rende necessaria una Procedura chiara e concisa da pubblicare sull'Albo Aziendale e da diffondere a tutti gli operatori sanitari della struttura ospedaliera e territoriale attraverso un Piano di Formazione adeguato.

La procedura prevede una forte collaborazione tra il personale sanitario delle UU.OO. e l'équipe NAIOT.

Facendo una ricerca in letteratura sono stati individuati gli strumenti, già validati, da utilizzare nella fase attuativa del progetto: la Scheda BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score), la Scheda di Valutazione NAIOT, il PAI (Piano Assistenziale Individualizzato), il PRI (Piano Riabilitativo Individualizzato) e alcune scale per la rilevazione dei bisogni assistenziali.

Ad una prima valutazione del progetto sono emersi risultati soddisfacenti con un aumento dell'indice di gradimento dell'utenza, non più disorientata al momento della dimissione dalla struttura ospedaliera, e con un aumento dei pazienti presi in carico dall'ADI.

C'è ancora molto da fare per affinare il Modello Organizzativo adottato e per mostrare con dati più corposi l'effettivo raggiungimento dei risultati attesi. I primi esiti dimostrano una migliore sostenibilità del Sistema Sanitario attraverso un'ottimizzazione delle risorse, un miglioramento della qualità assistenziale percepita dagli utenti e dai loro caregivers, nonché una riduzione dei tempi di degenza.



OBIETTIVI

GENERALI

Assicurare all'utente fragile il setting clinico/assistenziale più appropriato con la presa in carico globale e la pianificazione della dimissione già dalle prime ore del ricovero in ospedale.

SPECIFICI

- Ridurre i tempi della degenza ospedaliera
- Contenere la frequenza di accesso al PS e le ospedalizzazioni ripetute di pazienti affetti da patologie croniche
- Favorire l'integrazione della rete ospedale – territorio nell'ottica di un miglioramento della qualità assistenziale
- Passare da una sanità "reattiva" ad una sanità "pro-attiva"
- Ridurre la spesa sanitaria con un aumento dell'efficacia dei modelli assistenziali
- Migliorare la compliance al progetto di cure e aumentare la soddisfazione del paziente e dei familiari
- Ottimizzare i percorsi nella fase di dimissione, ponendosi come facilitatori e catalizzatori nell'integrazione con il territorio
- Potenziare le forme alternative di ricovero ospedaliero: assistenza domiciliare programmata, integrata, residenziale e semi-residenziale, cure palliative ai malati terminali

- Sperimentare progetti con il coinvolgimento di professionisti sanitari e sociali
- Attuare PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali) per patologie croniche e rilevanti
- Svolgere attività di educazione permanente e individuale finalizzata a corretti stili di vita
- Favorire la ricomposizione dei percorsi, attraverso la realizzazione di attività interdisciplinari tra medici, specialisti, infermieri, e altri professionisti al fine di integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali



METODO

Segnalazione tramite email aziendale all'indirizzo *naiot@aslteramo.it* corredata dal punteggio scheda indice di Brass entro le 72 ore dal ricovero in unità operativa del paziente.

Entro le 24h lavorative successive alla segnalazione il Case Manager infermieristico attiverà la procedura di presa in carico del NAIOT che valuterà il paziente delle UU.OO. con un primo accesso.

La prima valutazione, sulla base dei dati clinici, dell'indice di Brass e della valutazione sociale, identifica i bisogni socio-assistenziali del paziente e della famiglia, per assicurare il miglior livello di continuità delle cure nel setting post ospedaliero che verrà individuato.

- Anamnesi clinica
- Anamnesi sociale
- Anamnesi infermieristica/riabilitativa
- Colloqui con paziente e rete familiare
- Informazioni sui diritti esigibili
- Individuazione ed educazione del caregiver
- Individuazione/valutazione di presidi e ausili necessari

È prevista la trasmissione della documentazione attraverso sistema informatico entro 24/48 ore lavorative precedenti la dimissione.

Compilazione della Scheda NAIOT da parte dell'Infermerie CM, rivalutazione periodica e condivisa dei bisogni dell'assistito con gli altri operatori sanitari, pianificazione della Dimissione Protetta e stesura del PAI con successivo invio dello stesso al Distretto Sanitario di pertinenza, all'ADI e al Medico di Medicina Generale.

La UVM territoriale valuterà la proposta di PAI e la condividerà rimandando un feedback positivo al NAIOT, diversamente rivaluterà il paziente specificando la motivazione della rivalutazione.

Inoltre l'Infermiere Case Manager si interfaccia con il servizio di Riabilitazione/Protesica, nel caso di prescrizione di ausili e di dispositivi necessari al momento del rientro a domicilio, e con il NOCAT (Nucleo Operativo di Controllo Assistenziale Territoriale) per la gestione globale del paziente nel passaggio dal Setting Ospedaliero a quello Territoriale e per il monitoraggio degli esiti.

LA DIFFUSIONE DELLA PROCEDURA

OPERATIVA avverrà attraverso la pubblicazione della stessa sull'Albo Aziendale e l'informazione/formazione a tutti gli operatori sanitari.

Revisione modulistica.



RISULTATI

Facendo un'analisi parziale dei dati si osserva:

- Aumento delle prese in carico in Dimissione Protetta tra il 2017 e il 2018 (da circa 600 a 1000)
- Aumento della percentuale di pazienti dimessi in ADI correlato alla diminuzione dei pazienti trasferiti in Strutture Riabilitative Residenziali o Semi-Residenziali
- Aumento della soddisfazione dell'utenza e dei loro caregivers che si manifesta con una maggiore serenità dei familiari nell'affrontare il rientro a domicilio del paziente



CONCLUSIONI

Concludendo si può affermare che l'implementazione del Modello delle Dimissioni Protette è l'espressione di una popolazione che cambia e di una sanità che si trasforma, anche nel contesto della ASL 4 di Teramo. Non è possibile non considerare la cornice nella quale viviamo ed operiamo. Per tale ragione diventa inevitabile, in questa nuova geografia dei servizi sanitari, l'adozione di nuovi Modelli Organizzativi, seppure ancora in evoluzione, ma atti a garantire un miglioramento della qualità socio-assistenziale.

PUNTI DI FORZA

Soddisfazione dell'utenza che valuta positivamente l'intervento degli operatori del NAIOT nell'atto della presa in carico

Riduzione dei tempi di attivazione del servizio ADI

Ottimizzazione delle risorse e dei percorsi nella pianificazione della dimissione protetta

Riduzione dei tempi di degenza media e conseguente flessibilità/disponibilità di posti letto per acuzie

Potenziamento dei rapporti di collaborazione multi professionale di riferimento sia per l'interdipendenza tra cure primarie, cure specialistiche e diagnostica strumentale che per la definizione di protocolli per accessi e dimissioni programmate

CRITICITÀ

Resistenze al cambiamento

Difficoltà nella pianificazione della data di dimissione da parte dell'unità operativa

Complessità nel potenziamento della rete ospedale-territorio



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Tutte le figure professionali operanti all'interno dell'Unità Operativa (Medici, Infermieri, Operatori Socio-Sanitari, Fisioterapisti, Nutrizionisti), Infermiere CM operanti all'interno del NAIOT, Assistente Sociale, Fisiatra, Medici di Medicina Generale, Operatori Sanitari dell'ADI e del PUA

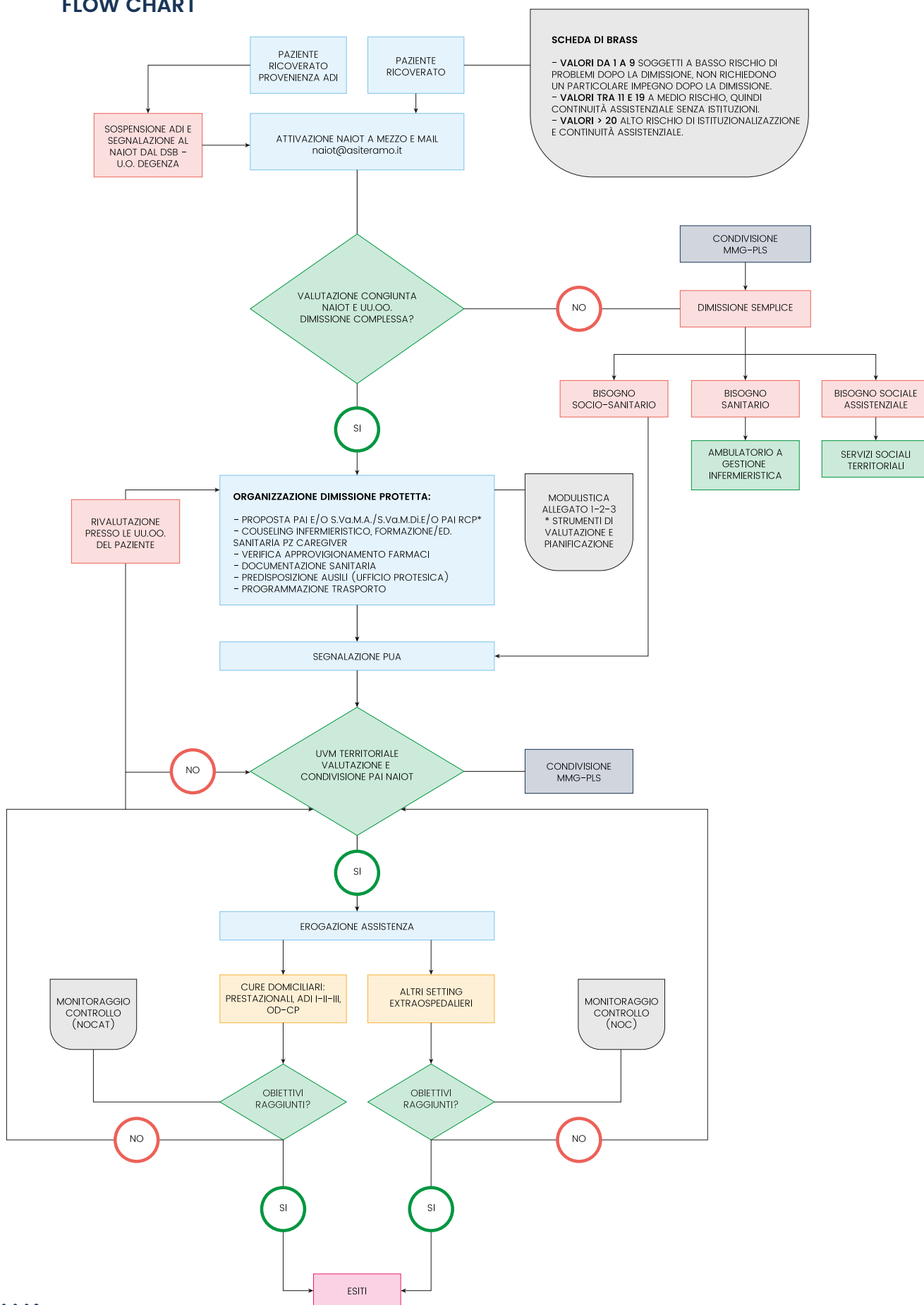


TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il gruppo di lavoro "NAIOT-NOCAT" si è dato un anno di tempo per sperimentare il Modello Assistenziale delle Dimissioni Protette, con continue valutazioni in itinere per correggere eventuali lacune e criticità.



FLOW CHART







U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI E UU.OO. ASL ROMA 2

La consulenza infermieristica in ambito nefrologico

Dott.ssa Barbara Porcelli Direttore U.O.C. Assistenza alla Persona - ASL Roma 2 Regione Lazio

Referenti del progetto

Paolo Martucci CPSI Nefrologia dialisi - Ospedale S. Pertini ASLRM2, Monica Bevilacqua CPSI Nefrologia dialisi - Ospedale Sant'Eugenio ASLRM2



ABSTRACT

Si definisce Malattia Renale Cronica (MRC) una condizione di alterata funzione renale che persiste oltre i 3 mesi. A causa di un incremento dei pazienti con IRC sono aumentate le prestazioni richieste ed erogate dagli infermieri della U.O.C. di Nefrologia. Pertanto, per far fronte alla situazione, si deve necessariamente ricorrere alla figura del consulente infermieristico di nefrologia. Lo scopo di questo progetto è quello di riconoscere il ruolo dell'infermiere esperto di nefrologia fondamentale nella pratica clinico-assistenziale del paziente nefrologico.



OBIETTIVI

La consulenza deve essere intesa come una risorsa per la struttura organizzativa nei vari contesti operativi. Pertanto, va considerata come:

- prestazione tecnica di alta specificità
- addestramento sul campo del collega
- formazione per il riconoscimento delle complicanze
- educazione del paziente
- supervisione dei colleghi

Gli obiettivi principali della consulenza sono:

- sviluppo di competenze degli operatori (formazione sul campo)
- maggiore autonomia per i pazienti
- tutelare il benessere e la salute del paziente diminuendo i rischi e le complicanze ottimizzando gli interventi
- ottimizzare la gestione delle risorse sia umane (management risorse umane)
- creazione banca dati per l'analisi: impegno risorse umane, rispetto delle procedure e della GOOD CLINICAL PRACTICE, verifiche dell'acquisizione di competenze da parte degli operatori coinvolti a 6 e 12 mesi



METODO

1. Preparazione Monitor e Paziente per CRRT e SLEED e avvio trattamento
2. Deconnessione del Paziente al termine del trattamento
3. Malfunzionamento accesso Vascolare per Trattamento emodialitico
4. Coagulazione del circuito Extracorporeo
5. Problematiche tecniche non specifiche

- 6. Gestione catetere venoso centrale per emodialisi
- 7. Terapia educativa per il paziente in terapia conservativa
- 8. Altro da determinare

Tempi e modalità

La consulenza può essere effettuata sia in regime ordinario che di urgenza.

- 09:00-13:00 consulenza programmata:
 - gestione C.V.C. per emodialisi
 - gestione clinico assistenziale integrata con presa in carico nel paziente nefropatico/emodializzato: educazione e formazione
- 24 ore consulenza in urgenza:
 - tutte le problematiche che si presentano con la caratteristica dell'urgenza non delegabili per la specificità delle competenze ad altro operatore che in quel momento ha in carico il paziente.



CONCLUSIONI

L'assistenza infermieristica al paziente nefrologico è complessa e quindi è compito dell'infermiere monitorare e delineare un percorso sicuro per i pazienti e gli operatori stessi all'interno della struttura, raggiungendo il cosiddetto Gold Standard.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Coordinatore Infermieristico Nefrologia I e team infermieristico U.O.C. Nefrologia e Dialisi per le h 24



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Tempi previsti per l'attivazione del servizio in base alle disposizioni e disponibilità aziendali.

Tempi di verifica a 6 e 12 mesi.

PUNTI DI FORZA

Prestazione eseguita da un infermiere esperto, sulla base di evidenze scientifiche

Miglioramento rapporti interpersonali tra colleghi di diverse UU.OO.

Formazione continua sul campo

Miglioramento della qualità dell'assistenza

Riduzione del rischio clinico

Tracciabilità delle prestazioni effettuate

Continuità assistenziale
Valorizzazione del professionista

CRITICITÀ

Difficoltà nel creare un team composto da infermieri esperti, scelti sulla base di criteri prestabiliti

Creare uniformità nella formulazione di un linguaggio specifico ed adeguato tra tutti i membri del team

Centrale Operativa Assistenza Domiciliare (Care) ASL Roma 2

*Dott.ssa Barbara Porcelli Direttore U.O.C. Assistenza alla Persona -
ASL Roma 2 Regione Lazio*

*Dott. Cacioni Romolo Coordinatore Aziendale Assistenza Domiciliare
ASL Roma 2 Regione Lazio*



ABSTRACT

La CARE (Centrale operativa Assistenza domiciliaRE) è una struttura con responsabilità organizzativa infermieristica afferente funzionalmente alla U.O.C. Assistenza alla Persona

- Deliberazione Aziendale n° 178/2015 (CARE)
- Deliberazione Aziendale n° 550/2015 (regolamento CARE)

Costituisce un punto unico di riferimento territoriale di ascolto, programmazione e coordinamento degli interventi di assistenza domiciliare rivolto a utenti, caregivers, MMG/PLS, CAD, PUA e altri servizi che unisce la regia di presa in carico alla gestione delle problematiche della persona che necessita di assistenza domiciliare dal contactassessment alla chiusura del progetto.



OBIETTIVI

Centralizzare le cure domiciliari dei 6 distretti della ASL Roma 2, fornire un punto unico di riferimento per gli utenti, familiari, MMG/PLS, Ospedali, ricevendo le richieste, valutando le priorità, fungendo da “trait d’union” tra l’utente, i familiari, il MMG e i CAD, programmando le attività di presa in carico.



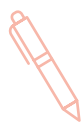
METODO

1. Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare aziendale
2. Elaborazione della fattibilità
3. Definizione del percorso formativo
4. Presa d’atto dell’Istituzione di una sala operativa con personale qualificato
5. Attivazione della centrale operativa CARE



RISULTATI

Omogeneizzazione e centralizzazione delle attività delle cure domiciliari dei distretti della ASL Roma 2, riduzione dei tempi di presa in carico, presenza di un punto di riferimento unico per utenti, familiari, MMG, Ospedali, per la ricezione delle richieste, informazioni sui percorsi adatti e per la programmazione delle attività.



CONCLUSIONI

Nell’ottica del cittadino, chi ha un problema di “cronicità” o bisogni di “cure di lunga durata” necessita essenzialmente di:

- un punto di contatto a cui rivolgersi, preferibilmente telefonico e sempre disponibile (call center)
- qualcuno che “lo riconosca” e sia informato e aggiornato sui suoi problemi (professionalità dedicate)
- qualcuno con la competenza e le conoscenze

per aiutarlo a “risolvere” il problema (percorsi appropriati e chiaramente definiti)

- qualcuno che lo segua con continuità (certezza nei percorsi)
- assicurare la reperibilità 24h/24h 365 giorni l’anno e relativa pronta disponibilità infermieristica ad intervenire per prestazioni prioritarie su assistiti in assistenza domiciliare
- coordinare, programmare e verificare gli interventi assistenziali che dovranno essere resi dal service sulla base dei piani individuali di assistenza (PAI) degli assistiti (attività di case management) definiti dalla Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale
- sorvegliare le condizioni dell’assistito fino alla dimissione
- valutare il servizio reso dal service appaltato

PUNTI DI FORZA

Centralizzazione e omogeneizzazione dei servizi, punto di riferimento unico.

CRITICITÀ

Scarsa compliance da parte degli stakeholders, resistenza al cambiamento.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

1 anno (attivazione nel dicembre 2014).



ASSISTENZA DOMICILIARE, U.O.C. ASSISTENZA ALLA PERSONA

Percorso bambino diabetico a scuola

Dott.ssa Barbara Porcelli Direttore U.O.C. Assistenza alla Persona - ASL Roma 2 Regione Lazio

Referenti Progetto: Dott. Cacioni Romolo Coordinatore Aziendale Assistenza Domiciliare ASL Roma 2, Simonetta Moni Infermiera Case Manager

ASL Roma 2 Regione Lazio



ABSTRACT

Questo progetto soddisfa le necessità clinico-assistenziali in ambito scolastico del bambino affetto da Diabete Mellito di Tipo 1 creando un supporto alla famiglia e contribuendo a rendere la scuola un ambiente sicuro e consapevole attraverso l'utilizzo di infermieri case manager nel coordinamento delle risorse umane e materiali.



OBIETTIVI

1. La tutela della sicurezza del minore diabetico in ambiente scolastico
2. Educazione all'autogestione della cura della malattia diabetica fino al raggiungimento di completa autonomia
3. Permettere ai caregiver (genitori) di riprendere a condurre una vita lavorativa più o meno regolare.



METODO

1. Sufficiente formazione agli insegnanti per una gestione consapevole e competente del bambino diabetico che permetta loro di intervenire nelle criticità che si potrebbero presentare

2. Assistenza prestazionale con la somministrazione di insulina prima della mensa scolastica, dopo una attenta valutazione durante la Presa in Carico da parte del PLS e la Case Manager, delle effettive necessità del bambino e della famiglia
3. Adeguata formazione agli operatori sanitari della cooperativa che collaborano all'assistenza
4. Uniformità delle procedure, con modulistiche e certificazioni appropriate
5. Continuità assistenziale
6. Periodico monitoraggio da parte della Case Manager
7. Confronti diretti con il Centro Diabetologico che ha in cura il bambino



RISULTATI

1. Integrazione del minore in ambito scolastico in sicurezza
2. Diminuzione di ricoveri urgenti per complicanze
3. Miglioramento nella gestione assistenziale della malattia a scuola
4. Superamento delle diversità
5. Accettazione del minore della nuova condizione di vita
6. Supporto efficace alla famiglia



CONCLUSIONI

In questi ultimi anni le richieste di prestazioni sanitarie in ambito scolastico, per i minori affetti da Diabete di Tipo 1, sono crescenti, e con esse la necessità di infermieri del territorio, che sappiano espletare pratiche clinico assistenziali sempre più specifiche e tecnicamente avanzate per tutelare la salute del bambino. Tutto ciò richiede la formalizzazione di una procedura, che consenta di identificare i percorsi, degli attori e dare ai nostri pazienti, la certezza di un servizio efficace che possa rispondere in tempi congrui alle esigenze della popolazione afferente alla ASL Roma 2.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Pediatrati di Libera Scelta, Infermieri Case Manager, Operatori scolastici



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

5 mesi (realizzato)

PUNTI DI FORZA

Continuità assistenziale puntuale e responsabile e competente

Formazione agli operatori sanitari prima dell'incarico ed eventuali aggiornamenti su strumentazioni di nuova generazione, con personale specializzato

Formazioni agli operatori scolastici

Monitoraggio costante sull'andamento assistenziale

Confronti periodici con le famiglie, scuole, Centri Diabetologici

Totale disponibilità per ogni necessità

CRITICITÀ

Poca collaborazione da parte degli insegnanti

Le mamme alcune volte accettano con difficoltà le procedure da attuare

Reperire infermieri disposti ad effettuare l'assistenza a minori diabetici poiché necessita competenza, precisione, puntualità, pazienza, sensibilità ed empatia



ASSISTENZA DOMICILIARE, U.O.C. ASSISTENZA ALLA PERSONA

Case Management Infermieristico domiciliare per persone in NAD (Nutrizione Artificiale Domiciliare)

*Dott.ssa Barbara Porcelli Direttore U.O.C. Assistenza alla Persona
ASL Roma 2 Regione Lazio*

*Dott. Cacioni Romolo Coordinatore Aziendale Assistenza Domiciliare
ASL Roma 2 Regione Lazio*



ABSTRACT

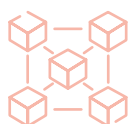
La NAD è un trattamento mediante il quale è possibile soddisfare interamente il fabbisogno nutrizionale di pazienti di tutte le età che per diversi motivi non possono alimentarsi per via naturale, al fine di garantire alle persone in NAD afferenti alle cure domiciliari della ASL Roma 2 un riferimento unico che governasse tutto il percorso assistenziale dalla diagnosi all'assistenza, si è provveduto a formare un gruppo di infermieri per il coordinamento delle risorse materiali ed umane al fine di rendere il meno frammentato possibile il percorso di cura della persona ed evitare accessi impropri ai pronto soccorso attraverso l'intervento a domicilio dell'Infermiere Case Manager di questa linea di attività.



OBIETTIVI

Uniformare l'assistenza domiciliare NAD nei 6 distretti della ASL Roma 2 attraverso l'adozione del modello del Case Management, l'individuazione di Case Manager Infermieri dedicati e la realizzazione di una procedura aziendale.





METODO

1. Analisi dei processi
2. Ridefinizione del modello organizzativo e delle procedure
3. Individuazione di gruppo di infermieri case manager per il coordinamento degli

interventi NAD

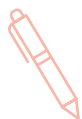
4. Definizione del percorso formativo
5. Avvio del nuovo modello



RISULTATI

Facilitazione del percorso assistenziale della NAD della ASL Roma 2, riducendo i tempi di presa in carico e assicurare la presenza di un Case Manager come punto di riferimento per i pazienti,

caregiver, MMG, PLS, Ospedali e Centro di Nutrizione.



CONCLUSIONI

I pazienti che necessitano di NAD possono avere una via di accesso facilitata ed un ICM che li segue nel tempo consentendo la riduzione degli accessi ai pronto soccorso del nostro territorio.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Professionisti Sanitari, Infermieri Case Manager, Medici NAD, Medici Assistenza Domiciliare



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

6 mesi

PUNTI DI FORZA

Compliance degli Infermieri case manager

CRITICITÀ

Scarsa compliance dei professionisti ai cambiamenti organizzativi





ASL ROMA 2 – PRESIDIO OSPEDALIERO SANDRO PERTINI

Ri-costruire le relazioni umane in sanità: *area assistenziale a media-bassa intensità a gestione organizzativa infermieristica (AMBI)*

Dott.ssa Barbara Porcelli Direttore U.O.C. Assistenza alla Persona - ASL Roma 2 Regione Lazio

Dott. Maria Teresa Stuppa, Coordinatore Infermieristico, Silvia Porcelli CPSI Infermiere Case Manager

ASL Roma 2 Regione Lazio



ABSTRACT

L'Area assistenziale a media-bassa intensità a gestione organizzativa infermieristica (AMBI), è un'area per l'assistenza di persone affette da patologie cronico-degenerative con malattie acute in fase di predimissione ospedaliera, rientranti nei criteri di accesso previsti e/o già inserite nei percorsi di continuità assistenziale previsti.

È costituito da 10 posti letto tecnici funzionali in cui i pazienti sono affidati alla responsabilità organizzativa-assistenziale del personale infermieristico, fermo restando la responsabilità clinica del medico della unità operativa di provenienza fino alla dimissione dall'ospedale. La Direzione Aziendale (ex-ASL Roma B) con deliberazione aziendale n.318 del 01/07/2014 ha disposto l'attivazione dell'AMBI recependo le indicazioni regionali degli Obiettivi assegnati ai Direttori Generali e dei Programmi Operativi, del PSR 2010-12 (DCA n.87/2009) e delle normative

nazionali che hanno previsto, per la prima volta in Italia, l'attivazione di unità di degenza a bassa intensità assistenziale a gestione infermieristica. La Regione Lazio ha successivamente definito con DCA 370/2014 le linee di indirizzo per l'istituzione delle Unità di Degenza Infermieristica sia in ambito territoriale che in ambito ospedaliero.

L'AMBI ha costituito un primo passo per contribuire all'appropriatezza assistenziale ed organizzativa oltre che all'aumento del turn-over dei posti letto delle diverse unità operative, soprattutto dell'area medica che hanno il problema di dover rispondere da un lato alle pressanti esigenze di ricovero del Pronto Soccorso e dall'altro di dover garantire un adeguato percorso di uscita a pazienti "fragili", dimissibili, ma senza una condizione socio-economica protetta.

All'interno dell'AMBI si svolgono le attività di assistenza infermieristica e di supporto necessarie a garantire la continuità delle cure in previsione di:

- Rientro a domicilio
- Rientro a domicilio in assistenza domiciliare
- Trasferimento presso altra struttura residenziale (RSA, Hospice, lungodegenza) o riabilitativa



OBIETTIVI

Rendere più efficiente il percorso di ricovero al fine di facilitare il processo di dimissione dei pazienti difficili che richiedono l'inserimento in specifici percorsi di continuità assistenziale.



METODO

Nell'AMBI sono accolti ed assistiti pazienti provenienti da tutte le unità operative ospedaliere, che continuano ad essere seguiti da punto vista clinico dal Medico dell'Unità Operativa di provenienza, e che sono gestiti sotto il profilo assistenziale dagli Infermieri con l'obiettivo di facilitarne la dimissione attraverso uno specifico percorso di continuità assistenziale.

Si tratta, nella fattispecie, di pazienti:

- Senza limiti di età, affetti da patologie cronico-degenerative, che possono essere dimessi dal reparto per acuti, il cui bisogno sanitario è quello di mantenere e completare la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ricovero acuto, e che presentano ancora una necessità di tutela medica e di assistenza infermieristica continuativa nelle 24 ore
- Dimissibili ma per i quali è necessario organizzare un adeguato percorso di uscita dall'ospedale per:
 - Rientrare al proprio domicilio in assistenza domiciliare
 - Essere trasferiti presso altra struttura residenziale/riabilitativa/post-acuzie/Hospice/Sociale/Psichiatrica

Come funziona l'AMBI?

L'eleggibilità dei pazienti da trasferire presso AMBI è stabilita dal medico dell'unità operativa ospedaliera di provenienza, anche attraverso una valutazione clinica congiunta con l'unità di valutazione ospedaliera e mediante l'utilizzo di appositi criteri clinico-assistenziali documentati in cartella, così come previsto dall'apposita procedura ospedaliera. La tutela medica continua ad essere assicurata in AMBI fino alla dimissione del paziente.

La tutela medica continua ad essere assicurata in AMBI fino alla dimissione del paziente.

Un infermiere ed un Operatore socio sanitario assegnati AMBI garantiscono l'assistenza al paziente sulle 24 ore fino all'uscita dall'ospedale e nello specifico:

- Presa in carico dei pazienti sulla base di un piano terapeutico-assistenziale individuale (PAI) concordato con le U.O.C. ospedaliere

di provenienza, con contestuale attivazione delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) per i pazienti non domiciliabili e pazienti domiciliabili con prescrizione

- Gestione infermieristica H24 dell'assistenza secondo il modello di Primary Care e Case Management
- Gestione dei percorsi di continuità assistenziale, da parte dell'Infermiere Case Manager dedicato, finalizzati al rientro a domicilio o a domicilio in assistenza domiciliare; di trasferimento presso altra struttura residenziale (RSA, Hospice, lungodegenza)

È inoltre presente un infermiere Case Manager al quale spetta compito assicurare la presa in carico e coordinare percorso di uscita del paziente dall'ospedale attivando precocemente i relativi servizi post-ricovero necessari. A tal fine si interfaccia con altri infermieri Case Manager che operano nell'ambito dei percorsi della residenzialità, degli Hospice, delle cure domiciliari.



RISULTATI

- sett 2014-dic 2014: dimessi totali 104/deggenza media 5,36/T.U. 79,60%
- Anno 2015: dimessi totali 581/deggenza media 5,0/T.U. 80%
- Anno 2016: dimessi totali 677/deggenza media 4,0/T.U. 73%
- Anno 2017: dimessi totali 801/deggenza media 4,1/T.U. 90%
- Anno 2018: dimessi totali 755/deggenza media 3,8/T.U. 79%

Oggi, modello molto apprezzato da tutti gli operatori medici ed infermieristici dell'Azienda. Il numero dei posti letto tecnici è passato da 10 a 16 data la necessità di aumentare il turn-over dei posti letto ordinari per le esigenze del Pronto Soccorso.



CONCLUSIONI

L'Area a media-bassa intensità a gestione infermieristica contribuisce a rendere efficiente il percorso di ricovero ospedaliero, assicurando la necessaria integrazione tra ospedale-territorio e la continuità assistenziale attraverso una efficace presa in carico dei pazienti che hanno bisogno di mantenere una situazione protetta per mantenere il livello di stabilità clinico-assistenziale raggiunta dopo il ricovero.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermiere Esperto case manager –
2 per Distretto/Casa della Salute,
Coordinatore Infermieristico di processo,
Referente aziendale U.O.C. Assistenza alla Persona



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

- Costituzione gruppo di lavoro aziendale (marzo 2014)
- Elaborazione del Progetto di fattibilità approvato con delibera nel luglio 2017
- Condivisione delle procedure di eleggibilità dei pazienti con la componente clinica
- Formazione del personale infermieristico
- Inaugurazione dell'AMBI e attivazione a regime settembre a partire da settembre 2014

PUNTI DI FORZA

Input strategico della Direzione Aziendale

Disponibilità del personale di assistenza infermieristica

Soddisfazione dei pazienti valutata sistematicamente tramite somministrazione di questionari anonimi

CRITICITÀ

Iniziali resistenze della componente clinica, poi superate dai risvolti positivi

Un nodo da sciogliere rimane la valorizzazione delle attività di assistenza infermieristica erogate in regime di bassa intensità e la possibilità per gli infermieri quindi di poter ammettere/dimettere i pazienti che sono presi in carico dall'AMBI. È una questione che l'Azienda ha portato all'attenzione della Direzione Regionale.



ASL ROMA 2 – DISTRETTO SANITARIO 5 – CASA DELLA SALUTE “SANTA CATERINA DELLA ROSA”

Ri-costruire le relazioni umane in sanità:

implementazione di un modello di case management per cittadini residenti disabili non collaboranti, che esprimono un bisogno di prestazioni sanitarie

Dott.ssa Barbara Porcelli Direttore U.O.C. Assistenza alla Persona - ASL Roma 2 Regione Lazio

Dott. Sabino Venezia Infermiere Case Manager, Referente aziendale

ASL Roma 2 Regione Lazio



ABSTRACT

All'interno della popolazione di quelli che consideriamo dei “soggetti fragili”, per il sovrapporsi di patologie e fattori di rischio che possono comprometterne l'autonomia e le capacità di integrazione sociale, è possibile individuare un gruppo specifico di persone nelle quali sono presenti disabilità intellettive non legate all'invecchiamento.

Questa popolazione che va dall'infanzia all'età adulta presenta, infatti, limitazioni funzionali specifiche di tale complessità da rendere particolarmente difficili sia i percorsi riabilitativi sia, in qualche caso, la capacità del sistema sanitario di fornire loro prestazioni assistenziali indispensabili alla tutela della salute.

Di questa popolazione si percepisce difficoltà nello stabilire “relazioni di cura”, perché risulta in molti

casi ridotta la possibilità di collaborare oltreché inadeguata la capacità del sistema sanitario di farsi carico e di superare questa impossibilità.

Per evitare che tali problemi si traducano in esclusione sociale o mancato accesso alle cure è necessaria:

- Una diversa modalità nel riconoscimento dei citati bisogni
- Una presa in carico attraverso una precoce integrazione nel percorso assistenziale delle componenti sociali e sanitarie, mediante la individualizzazione delle risposte che non sia fondata sulla centralità dei servizi, ma che sia piuttosto fondata sulla centralità dei Pazienti

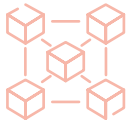
In questa prospettiva, l'individuazione della Casa della Salute come luogo privilegiato dell'integrazione tra sociale e sanitario e della presa in carico multidimensionale dei Pazienti fragili, può rappresentare una risposta efficace e sostenibile alla complessità di questa specifica area di bisogno.



OBIETTIVI

Realizzare un ambulatorio, Infermieristico per la presa in carico e lo sviluppo di specifici PDTA per Pazienti Speciali, non Collaboranti, individuando una coorte specifica suddivisa per Distretti e collegata con MMG/PLS/MCA e favorendo:

- Una collaborazione diretta tra U.O.C. Assistenza alla Persona con DSM/DIP. Fragilità/Disabili Adulti
- Una dettagliata analisi dei bisogni
- La presa in carico dei predetti pazienti



METODO

1. Presa in carico del paziente/utente non collaborante attraverso un primo contatto tra l'utente e gli operatori ASL Roma 2,

indipendentemente dalle modalità di presentazione. Il primo contatto telefonico gli operatori utilizzano il sistema telefonico collegato al sistema digitalizzato aziendale, tramite postazione fissa (apparecchio CISCO) o mobile (tablet/cell. aziendale). L'attività di risposta telefonica è svolta dagli operatori case manager ASL Roma 2, nei giorni compresi dal lunedì al sabato tramite il numero verde 800-894336. Dalla prevalutazione viene individuata e quindi effettuata la presa in carico del Paziente/utente non collaborante

2. Valutazione del bisogno sanitario del Paziente/utente non collaborante viene effettuata dagli infermieri case manager ASL, utilizzando la scheda informatizzata condivisa, nella quale sono riportati i dati anagrafici, le problematiche personali, la richiesta d'intervento. Durante la fase di valutazione telefonica si programma, se necessario, un incontro personale con l'utente e con il caregiver per definirne il grado di collaborazione e pianificare il relativo percorso personalizzato

3. Organizzazione del percorso diagnostico/terapeutico per il Paziente/utente non collaborante. Le attività/prestazioni necessarie per la risoluzione del problema sanitario devono essere personalizzate e vengono programmate con il coinvolgimento degli specialisti operanti nella Casa della Salute S. Caterina della Rosa e, qualora necessario, nelle altre strutture della ASL Roma 2. Nella programmazione degli interventi/prestazioni gli infermieri case manager ASL tengono conto delle necessità assistenziali dirette e indirette dei pazienti non collaboranti, dei tempi di esecuzione delle procedure, delle modalità e strumentazioni più idonee, in un'ottica di adeguamento continuo e costante ai bisogni di ogni singolo paziente

4. Monitoraggio e verifica mediante report periodico dei casi trattati e dell'esito degli interventi; indagini di customer satisfaction/customer experience



RISULTATI

Nella fase sperimentale, questo Progetto ha consentito di prendere in carico oltre 200 persone con patologie prevalentemente legate a sofferenza

perinatale, autismo e trisomie.

Gli interventi hanno prevalentemente riguardato la sfera degli esami ematochimici, le visite specialistiche (Otorino, Urologia, Ginecologia, ecc.) e gli esami radiologici semplici (Rx Torace) e complessi (TAC, RMN), in non poche occasioni è stato necessario ricorrere a "sedazione" o Neuroleptoanalgesia, in particolar modo per effettuare esami endoscopici e/o biopsie.





CONCLUSIONI

L'individuazione di specifiche corti di pazienti non collaboranti in ogni Distretto Sanitario della ASL Roma 2 permetterà la sistematica presa in carico di tali Pazienti e lo sviluppo di PDTA sempre più specifici. L'integrazione sistematica dei processi assistenziali ospedalieri con quelli territoriali propende per uno sviluppo delle procedure che potranno riguardare anche eventuali bisogni sanitari difficilmente programmabili (stati acuti di patologie croniche; emergenze sanitarie; urgenze; ecc.).

L'evolversi continuo delle procedure di diagnosi perinatale e quelle di diagnosi precoce dei Disturbi dello Spettro Autistico potranno fare da corollario ad un concetto di presa in carico sempre più adeguata alle necessità.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermiere Esperto Case Manager
– 2 per Distretto/Casa della Salute,
Coordinatore Infermieristico di processo,
Referente aziendale U.O.C. Assistenza alla Persona



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

1. Casa della Salute “Santa Caterina” – gennaio 2019
2. Casa della Salute “Torrenova” – febbraio 2019
3. Casa della Salute “Antistio” – aprile 2019
4. Distretto Sanitario 8 – maggio 2019
5. Distretto Sanitario 9 – giugno 2019

PUNTI DI FORZA

Puntuale disponibilità degli Operatori ad individuare adeguati spazi e tempi per esami/indagini
Coordinamento operativo tra i MMG/PLS, i servizi Sociosanitari e le reti informali (volontariato; consulte handicap, ecc.)

CRITICITÀ

Assenza di uno specifico protocollo operativo per individuare la disponibilità di 1 posto letto in Dh o Ds

Assenza di una procedura che preveda l'utilizzo di uno spazio per Induzione/risveglio per i pazienti che necessitano di narcosi

Possibilità di effettuare a domicilio (o ricevere direttamente dal paziente) campioni per esami ematochimici

Assenza di un circuito di ospedalizzazione/deospedalizzazione per pazienti fragili che non hanno supporto

Assenza di un percorso specifico per le cure odontoiatriche





ASL ROMA 2

Team Infermieristico dedicato agli accessi vascolari

Dott.ssa Barbara Porcelli Direttore U.O.C. Assistenza alla Persona - ASL Roma 2 Regione Lazio

*Dott. Filippo Carlucci Referente TIAV ASL ROMA 2
ASL Roma 2 Regione Lazio*



ABSTRACT

La necessità delle organizzazioni sanitarie di modernizzare ed innovare i propri assetti organizzativi deve focalizzare l'attenzione sulla qualità assistenziale da garantire agli assistiti intensificando l'integrazione tra ospedale e territorio. L'aumentata età della popolazione, l'incremento e l'incidenza di malattie onco-ematologiche e di patologie neuro degenerative ha generato una popolazione di pazienti in crescita esponenziale. Molti di questi pazienti sono candidati a terapie endovenose finalizzate al sollievo dei sintomi e al miglioramento della qualità di vita. Nell'interesse di tali ammalati è bene prendere in seria considerazione la necessità di una pianificazione razionale dell'utilizzo del patrimonio venoso.

La mancanza di un accesso venoso adeguato, comporta:
ritardato inizio del piano terapeutico, allungamento delle giornate di degenza, aumentate complicanze tipo flebiti-trombosi-sepsi, allungamento dei tempi infermieristici per reperire gli accessi venosi, aumento del disagio e dello stress del paziente, aumento dei costi.

All'interno della ASL Roma 2 esiste un team dedicato agli accessi vascolari che inizia la sua attività nel 2010 presso il blocco operatorio dell'Ospedale S. Eugenio di Roma ex ASL RMC. Negli anni successivi viene attivato l'ambulatorio infermieristico dedicato alla gestione dei cateteri vascolari, mentre il numero di posizionamento di dispositivi vascolari sale progressivamente superandogli 800 impianti annui. Nel 2016, l'unificazione della ex-ASL Roma C con la ex-ASL Roma B ha costituito un'opportunità importante per ripensare il modello organizzativo del PICC Team. La U.O.C. Assistenza alla Persona e la Direzione Aziendale ASL Roma 2, hanno ritenuto di istituire con delibera aziendale un Team Infermieristico per gli Accessi Vascolari che, secondo la logica della prossimità, opera in modo itinerante su tutto il territorio della ASL Roma 2, garantendo, ove ve ne sia l'indicazione, a tutti i pazienti assistiti l'impianto e la gestione nei diversi setting di cura: bedside in ospedale e a domicilio.



OBIETTIVI

1. Appropriately nel garantire ad ogni assistito il giusto accesso venoso, evitando inutili stress per i pazienti,

aumentandone il confort e la sicurezza nella somministrazione delle terapie per via endovenosa rispettando le indicazioni e ponendo attenzione ai costi

2. Prevenzione e abbattimento di complicanze legate ai dispositivi venosi quali infezioni e trombo-flebiti



METODO

L'attivazione del TIAV ha previsto alcuni step obbligati:

1. Revisione delle procedure operative, condivise con il personale medico
2. Attivazione di un percorso formativo per l'indicazione e gestione dei dispositivi vascolari rivolto agli infermieri dell'azienda
3. Attivazione dell'ambulatorio TIAV presso l'ospedale Sandro Pertini in analogia a quello già esistente presso l'ospedale S EUGENIO
4. Attivazione del servizio di consulenza infermieristica e posizionamento DIV rivolto ai pazienti in cure domiciliare
5. Avvio di una campagna di sensibilizzazione per la promozione della tutela del patrimonio venoso
6. Monitoraggio degli esiti



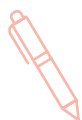
RISULTATI

Il TIAV è costituito da 5 infermieri Specialist dedicati che garantiscono l'attività di consulenza infermieristica ed impianto bedside presso i presidi ospedalieri S Eugenio e Sandro Pertini; si occupa della gestione VAD presso gli ambulatori infermieristici dedicati, inoltre si occupa della consulenza ed impianto a domicilio sulla base delle richieste della Centrale Operativa dell'Assistenza Domiciliare.

L'importanza di avere un team dedicato itinerante è stata confermata dal numero di consulenze ed il numero di impianti eseguiti nei vari setting i quali sono cresciuti in modo esponenziale.

1. Aumento del numero di richieste per consulenza infermieristica per posizionamento accesso venoso (+ 164%)
2. Aumento del numero di impianti DIV (+ 176%)
3. Aumento accessi pazienti presso ambulatori infermieristici dedicati (+ 82%)
4. Aumento prestazioni di gestione DIV eseguite presso gli ambulatori infermieristici dedicati (+94,7%)
5. Abbattimento delle complicanze
6. Abbattimento di reimpianti
7. Completamento del percorso formativo rivolto al personale infermieristico della ASL Roma 2
8. Sistema telematico per la richiesta di consulenza, refutazione della prestazione ed archiviazione





CONCLUSIONI

Il modello dell'équipe itinerante TIAV della ASL Roma 2 dimostra che una strategia aziendale che mette al centro del processo di cura la persona, è in grado di riconoscere il vantaggio di salvaguardare patrimonio venoso dei pazienti, e, attraverso "buone pratiche", può riuscire concretamente a migliorare gli outcomes, riducendo il rischio di infezioni catetere-correlate e le complicanze.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- CPS Infermieri
- Dirigenti Medici e Amministrativi (coinvolti nelle stesure delle procedure operative e delle procedure per l'acquisizione dei devices)



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

1. Implementazione dell'ambulatorio TIAV presso Presidio ospedaliero Sant'Eugenio CTO e dell'attività bedside presso le degenze ospedaliere (anno 2010)
2. Formazione del personale e attivazione dell'ambulatorio TIAV presso Presidio ospedaliero Sandro Pertini e dell'attività bedside e dell'attività bedside (maggio 2017)
3. Formazione del personale e attivazione del TIAV con delibera aziendale nel dicembre 2017
4. Formazione del personale e attivazione dell'équipe itinerante infermieristica per il posizionamento del PICC e Midline a domicilio in collaborazione con l'assistenza domiciliare – Centrale Operativa (CARE) – gennaio 2018
5. Nel 2019 sono previsti due progetti di ricerca relativi allo studio delle lesioni cutanee correlate agli adesivi medicali (MARSI - Medical Adhesive-Related Skin Injury) ed allo studio dell'efficacia della gestione infermieristica dei pazienti con dispositivi vascolari (PICC e Midline) in ambulatorio TIAV

PUNTI DI FORZA

- Supporto da parte della Direzione Sanitaria e Generale
- Competenza avanzata del team
- Relazioni con i professionisti coinvolti

CRITICITÀ

- Richieste di consulenza inappropriate in alcuni setting
- Strumentario tecnico non sufficiente a supportare l'attività
- Mancanza di devices specifici nella gestione di situazioni particolari





UNITÀ OPERATIVA DI RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA E PIATTAFORME DI RICOVERO MEDICHE E CHIRURGICHE DELL'OSPEDALE SANDRO PERTINI

Intensive care: “Discharge Planning” programma di handoff assistenziale del paziente di Terapia intensiva

Dott.ssa Barbara Porcelli Direttore U.O.C. Assistenza alla Persona -
ASL Roma 2 Regione Lazio

Nicola Lemma CPS Infermiere UO di Rianimazione, Sipontina Rita Zerulo CPS
Infermiere UO di Rianimazione

ASL Roma 2 Regione Lazio



ABSTRACT

La riammissione dei pazienti in Terapia Intensiva, a seguito del loro trasferimento (per miglioramento delle condizioni clinico-assistenziali) presso aree di degenza a minor intensità di cura, è considerato un indicatore di qualità dell'assistenza.

Un tasso elevato di tale riammissione risulta rappresentare un problema globale, che investe non solo le strutture sanitarie del SSN, ma anche tutte le figure professionali, dedite alla cura e all'assistenza dei pazienti critici, e gli outcomes dei pazienti e dei loro caregivers. Infatti le riammissioni non pianificate per l'unità di terapia intensiva sono altamente indesiderabili, poiché aumentano la variabilità delle cure, rendono difficile la pianificazione delle risorse e aumentano potenzialmente la durata della degenza e la mortalità. Identificare i pazienti che potrebbero essere a rischio di riammissione non programmata della T.I. può ridurre la frequenza di questo evento avverso.

Dall'analisi dei dati è emerso che la UO di

Rianimazione dell'Ospedale S. Pertini, ha presentato un tasso di riammissioni superiore – per l'anno 2016 - rispetto a quello raccomandato. Per tale motivo si propone di arginare questo fenomeno, agendo sugli aspetti organizzativi, attraverso il discharge planning, riducendo al minimo l'aspetto che non prescinde dall'imprevedibilità delle patologie acute trattate.

Il discharge planning è un programma di consulenza infermieristica, attivato in concomitanza con la dimissione, dalla UO di Rianimazione, verso altre unità operative di degenza dell'Ospedale S. Pertini, che utilizza modalità e strumenti tipici della comunicazione hand-off.



OBIETTIVI

L'intento è rappresentato dalla riduzione del tasso di riammissioni dei pazienti in Terapia Intensiva, contribuendo a:

- Migliorare gli outcomes dei pazienti trasferiti dalla T.I. verso le aree di degenza

- medica e chirurgica a minore intensità di cura
- Promuovere la collaborazione tra il personale infermieristico delle aree critiche e quello delle aree di degenza medica e chirurgica allo scopo di aumentare le skills nella gestione assistenziale del paziente critico anche attraverso momenti di addestramento/formazione on-the-job

PUNTI DI FORZA

Sviluppo del know-how del personale infermieristico nella gestione dei pazienti critici

Maggior sicurezza per il paziente e per il personale infermieristico

Maggiore efficienza delle cure e della continuità assistenziale

Evoluzione e crescita professionale collettiva grazie allo scambio e al confronto di esperienze lavorative

CRITICITÀ

Scarsa chiarezza e fiducia nelle funzioni e nel ruolo dell'infermiere consulente e dei suoi ambiti di responsabilità

Carenza di personale infermieristico da adibire allo sviluppo del progetto

Resistenza al cambiamento organizzativo dell'assistenza

Scarsa accettazione dello sviluppo di competenze infermieristiche avanzate sia da parte medica che infermieristica



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri della Terapia Intensiva e delle Aree di degenza a minor intensità di cura



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

1. Sperimentazione del progetto nell'ambito del Presidio Ospedaliero Sandro Pertini dicembre 2017 – aprile 2018 Pertini
2. Introduzione a regime del Progetto di consulenza a partire da maggio 2018
3. Ampliamento del Progetto all'altro Presidio Ospedaliero unificato Sant'Eugenio-CTO – anno 2019

PERSONALE ARES DI TUTTE LE QUALIFICHE, NON IDONEO O CON LIMITAZIONI PERMANENTI O TEMPORANEE DI DURATA PARI O SUPERIORI AD UN ANNO

Riallocazione del personale non idoneo e con limitazioni permanenti o temporanee pari o superiori a un anno

Dott.ssa Maria Grazia Proietti Direttore UOC SITA

Dott.ssa Alessandra Ceracchi UOS Psicologia

Dott. Sergio Fantini Medico Competente Coordinatore

Dott.ssa Maria Annunziata Parafati Direzione Sanitaria

Dott.ssa Anna Gentili UOC SITA

Dott.ssa Salvina Zambuto

UOC SITA - ARES 118 - Lazio



ABSTRACT

In ARES l'invecchiamento della popolazione lavorativa e la tipologia di lavoro, hanno avuto quali conseguenze l'aumento dei lavoratori con limitazioni (in particolare alla movimentazione dei carichi) o addirittura non più idonei all'attività di soccorso.

In considerazione dell'obbligo del datore di lavoro di riallocare il lavoratore con limitazioni in attività che non pregiudichino la sua salute e che siano idonee in relazione alle prescrizioni del medico competente, si rende necessario individuare per questi lavoratori un percorso che consenta da un lato di restituire delle risorse lavoro all'azienda e

dall'altro di valorizzare competenze e aspirazioni dei lavoratori.



OBIETTIVI

Obiettivo di questo percorso è riallocare il personale non idoneo o con limitazioni permanenti o temporanee per periodi pari o superiori ad un anno, per ricondurlo a proficuo lavoro e, allo stesso tempo, valorizzarne le abilità, le competenze e la produttività.

Impegno/Verifica	Indicatore	Standard	Responsabilità	Modalità di rilevazione
Riallocazione personale non idoneo e/o con limitazioni	% di lavoratori non idonei e/o con limitazioni superiori a un anno riallocati	> 70%	Commissione aziendale per la riallocazione del personale non idoneo o con limitazioni al lavoro	Report semestrale UU.OO.CC di afferenza del personale
Valutazione correttezza del percorso di riallocazione	n. di proposte di riallocazione rifiutate n. di proposte di riallocazione	< 25%	Commissione aziendale per la riallocazione del personale non idoneo o con limitazioni al lavoro	Rilevazione semestrale UOS Qualità



METODO

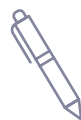
È istituita una “Commissione aziendale per la riallocazione del personale non idoneo o con limitazioni al lavoro” composta dal Medico Competente Coordinatore, dal Direttore della U.O.C. Governo Risorse Umane e da un segretario verbalizzante, e presieduta dal Direttore Sanitario o suo delegato, se il dipendente da riallocare è un medico, dal Direttore Amministrativo o suo delegato, se il dipendente da riallocare è un amministrativo, dal Direttore della U.O.C. SITA o suo delegato, se il dipendente da riallocare è un infermiere o un operatore tecnico.

La Commissione potrà avvalersi della collaborazione di personale esperto in relazione alle situazioni valutate. Dovrà inoltre avvalersi del Responsabile UOSD Formazione per quanto concerne l'organizzazione del percorso formativo/addestrativo eventualmente individuato, laddove la nuova assegnazione del lavoratore preveda un cambio di mansione o di qualifica.



RISULTATI

Ricondurre i dipendenti a proficuo lavoro e, allo stesso tempo, valorizzarne le abilità, le competenze e la produttività, a vantaggio sia dei dipendenti che dell'Azienda.



CONCLUSIONI

Il progetto risponde all'obbligo del datore di lavoro di riallocare il lavoratore con limitazioni in attività che non pregiudichino la sua salute e che siano idonee in relazione alle prescrizioni del medico competente, individuando per questi lavoratori un percorso che consenta da un lato di restituire delle risorse lavoro all'azienda e dall'altro di valorizzare competenze e aspirazioni dei lavoratori.

PUNTI DI FORZA

Valorizzazione delle competenze e peculiarità individuali

Miglioramento della qualità di vita lavorativa del dipendente

Riduzione delle contestazioni su mobilità/spostamenti

Miglioramento dell'efficienza, efficacia ed economicità aziendale

CRITICITÀ

Resistenza al cambiamento da parte del dipendente

Logistica della nuova collocazione lavorativa, in considerazione dell'estensione regionale dell'Azienda



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

FUNZIONE

ATTIVITÀ	MC	DirSan	DirAmm	DirSITA	DirGRU	RespForm	Dir UU.OO.CC
<i>Certificazione non idoneità o limitazioni</i>	R	I	I	I			
<i>Consegna portfolio e questionario</i>	R	I	I	I			
<i>Colloquio medici</i>	C	R			C		
<i>Colloquio pers. amm.vo</i>	C		R		C		
<i>Colloquio pers. tecnico e sanitario comparto</i>	C			R	C		
<i>Individuazione nuova collocazione</i>	R	R	R	R	R	I	
<i>Formazione/ addestramento</i>	I	I	I	I	I	R	
<i>Individuazione tutor</i>							R



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Tre mesi dall'approvazione della
procedura



AREE DEGENZA MEDICA E CHIRURGICA

Classificazione dei pazienti nei reparti di degenza medica e chirurgia nella progettualità dei percorsi per intensità di cura per l'Ospedale dei Castelli

Dott.ssa Cinzia Sandroni Direttore U.O.C. Professione Infermieristica

Dott. Augusto Carpico PO Processi clinico assistenziali del Dipartimento Area Medica
ASL Roma 6, Lazio



ABSTRACT

La necessità di adeguare l'organico assistenziale nei reparti ove sono presenti pazienti a criticità elevata o intermedia, è descritta da un'ampia letteratura scientifica che riconosce, tra i possibili fattori responsabili di una associazione negativa, la dotazione infermieristica e la mortalità/complicanze, la ridotta sorveglianza e gli eventi avversi/errori del personale. La sorveglianza del paziente è probabilmente l'essenza della professione infermieristica. Misurare il mutevole carico di lavoro assistenziale e adeguare ad esso il numero di infermieri da assegnare alle unità operative con criteri di flessibilità, è una priorità per conciliare la qualità delle prestazioni con il contenimento della spesa sanitaria. Gli elementi rappresentativi dell'impegno assistenziale che permettono di definire il fabbisogno

del personale sono la complessità assistenziale e il tempo. Se l'elemento tempo non è altro che un modo per tradurre l'impegno assistenziale in ore lavoro e quindi in numero di operatori, un'analisi più approfondita va dedicata alla complessità assistenziale; questa rappresenta solo una delle dimensioni del concetto di intensità assistenziale che invece esprime più ampiamente il fabbisogno globale di cure infermieristiche, inteso come tempo impiegato (a vari livelli di competenza) nelle attività assistenziali dirette ed indirette. Questo potrebbe significare che non tutti i pazienti che comportano un carico di lavoro assistenziale elevato siano da considerare ad alta complessità e che l'intensità assistenziale potrebbe riguardare anche attività delegabili al personale di supporto all'assistenza infermieristica.



OBIETTIVI

SCOPO

Lo scopo è di definire il "peso specifico" dei pazienti in carico agli infermieri per individuare i setting clinico-assistenziali e i percorsi più appropriati per intensità di cura nell'Ospedale dei Castelli

OBIETTIVI

End-point primario:

- Classificazione dei pazienti con l'utilizzo di uno strumento validato e riproducibile (il Tri-Co - Triage di Corridoio)

End-point secondario:

- Confermare il Tri-Co, anche quando calcolato una sola volta, come strumento efficace per la classificazione dei pazienti nei reparti di degenza medica e chirurgica



METODO

Per il raggiungimento degli obiettivi è stato disegnato uno studio osservazionale prospettico.

Lo strumento utilizzato per la classificazione dei pazienti è stato il Tri-Co (Triage di Corridoio), costituito dall'insieme dell'Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA Score) e il *Modified Early Warning Score* (MEWS). Esso costituisce la base per una rapida metodica di classificazione dei pazienti fin dal loro arrivo in reparto, consentendo la scelta del setting adeguato per ottimizzare l'erogazione delle cure secondo la reale necessità assistenziale.

La raccolta dati è stata effettuata dal personale infermieristico nei reparti di Medicina Generale, Cardiologia/UTIC e nell'Area chirurgica (Week e Long-Surgery) durante i turni di mattina e pomeriggio, mediante valutazione dei pazienti ricoverati con il Tri-Co. Sono stati rilevati i 5 parametri fisiologici (PAS, FC, FR, TC e stato di vigilanza), derivando così il punteggio MEWS. Contemporaneamente si è computato l'Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA) ricavando l'Indice di Intensità di cure (dall'insieme MEWS e IDA). In medicina è stato misurato anche il NEWS inserendo ulteriori 2 parametri (O2 terapia e SatO2) alla scheda di valutazione.

Tutti gli infermieri delle U.O.C. arruolate sono stati preventivamente formati e coinvolti come soggetti di ricerca.

Lo studio è stato effettuato in 3 Unità Operative di degenza dell'Ospedale "San Giuseppe" di Albano Laziale: Cardiologia/UTIC, Medicina Generale, Chirurgia (Long e Week Surgery).

Tali UU.OO. sono omogenee per tipologia di pazienti trattati e per assetti organizzativi con le altre U.O.C. Aziendali.

Il campione di pazienti sottoposti a valutazione è rappresentato dalla popolazione di ricoverati presenti nelle U.O.C. arruolate durante il periodo previsto per la raccolta dati, inclusi i "pazienti in appoggio" (outlier). È stato garantito l'anonimato attribuendo un codice alfa-numerico ad ogni scheda compilata.

Non sono stati previsti criteri di esclusione.

La raccolta dati è stata effettuata per 60 giorni continuativi.

RISULTATI

Sono state compilate 2570 schede in medicina, 1127 in cardiologia, 407 in UTIC, 1681 in Long Surgery e 174 in Week Surgery.

L'età media del campione è stato: 74,7 anni in medicina, 77,6 anni in cardiologia, 75,1 anni in UTIC, 59,3 anni in Long Surgery, 56,3 anni in Week Surgery.

- In medicina, lo score IDA medio è stato 16,1; la moda 13 e la mediana 14
- In cardiologia, lo score medio IDA è stato 20,7; la moda 19 e la mediana 20
- In UTIC, lo score medio IDA è stato 18,4; la moda 19 e la mediana 18
- In Long Surgery, lo score medio IDA è stato 21,6; la moda 26 e la mediana 21
- In Week Surgery, lo score medio IDA è stato 24,6; la moda 26 e la mediana 26
- In medicina, il punteggio medio del MEWS è stato 0,87 mentre il NEWS 2,62; nelle altre U.O.C. il punteggio medio MEWS variava da 0,17 a 0,49

CONCLUSIONI



Nella progettualità di percorsi per intensità di cura per l'Ospedale dei Castelli, lo strumento Tri-Co ben si presta a tale scopo rappresentando un documento utile per la classificazione dei pazienti per gli infermieri quanto per i medici. L'analisi effettuata nelle UU.OO.CC dell'Ospedale di Albano (équipe destinate all'avvio dell'Ospedale dei Castelli), ha evidenziato scostamenti rilevanti degli score IDA e MEWS nelle diverse U.O.C. Questo dato, in parte atteso, permetterà di definire meglio i percorsi e i setting di cura adeguati alle caratteristiche dell'assistito e non solo in base alla diagnosi di ricovero.

PUNTI DI FORZA

Ottimizzazione posti letto

Strumento di valutazione rapido e facilmente riproducibile

Metodo di valutazione dei pazienti condiviso anche con i medici (il MEWS e il NEWS sono stati scelti per definire la priorità di ricovero in medicina)

CRITICITÀ

Posti letto limitati nei setting dedicati a pazienti con elevata complessità assistenziale



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Coordinatori, Infermieri

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

6 mesi



DAY HOSPITAL ONCOLOGICO

Rimodulazione del processo assistenziale al paziente oncologico:

l'accertamento bio-psico-sociale mediante la Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)

Dott.ssa Cinzia Sandroni Direttore UOC Professione Infermieristica

Dott. Augusto Carpico PO Processi clinico assistenziali del Dipartimento Area Medica

ASL Roma 6, Lazio



ABSTRACT

Il gruppo di lavoro della U.O.C. Aziendale di Oncologia ha individuato la Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) come strumento per la valutazione infermieristica del paziente oncologico; è stata redatta e approvata dalla Dirigenza infermieristica la procedura per l'applicazione della stessa presso i Centri di Marino e Anzio-Nettuno. L'utilizzo della scala permette di valutare le problematiche del paziente sottoposto a chemioterapia e attivare il processo assistenziale adeguato e personalizzato implementando soprattutto le attività educative e relazionali da parte dell'infermiere. Il ruolo dell'infermiere, alla luce del Profilo Professionale e del Codice Deontologico, impone nuovi ruoli professionali, nuovi strumenti e un ripensamento della presa in carico del paziente:

- incentrato sulle necessità del paziente
- superamento del lavoro centrato sui compiti ponendo l'attenzione sul progetto di salute della persona

L'uso sistematico della Diagnosi Infermieristica permette di codificare e condividere il linguaggio e i processi che ne conseguono.



OBIETTIVI

SCOPO

Lo scopo è quello di procedere le attività assistenziali nello specifico oncologico con la metodologia del processo di nursing

OBIETTIVI

- Valutazione sistematica del paziente mediante la Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) per individuare le diagnosi infermieristiche e gli obiettivi assistenziali prevalenti nell'ambito oncologico
- Uniformare il linguaggio e l'agire assistenziale



METODO

- La sperimentazione del processo di accertamento infermieristico ha coinvolto tutti gli infermieri e i coordinatori della U.O.C.A di Oncologia (Anzio-Nettuno e Marino)
- Il periodo previsto è stato 30 giorni (dal lunedì al venerdì) durante l'orario di servizio

- All'accoglienza del paziente presso il Centro oncologico l'infermiere, tramite colloquio, ha raccolto le informazioni previste dalla Edmonton Symptom Assessment Scale
- Ad ogni valutazione infermieristica è seguita la definizione delle diagnosi infermieristiche, l'individuazione degli obiettivi assistenziali e la pianificazione degli interventi tecnici, educativi e relazionali
- Tutti i casi valutati sono stati discussi sul campo con i responsabili del progetto per individuare criticità e proposte da parte degli attori
- Le schede compilate sono state raccolte per l'analisi dei dati

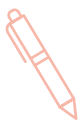


RISULTATI

Sono state compilate 143 Edmonton Symptom Assessment Scale: 84 presso l'Oncologia di Marino e 59 presso il Centro di Anzio-Nettuno.

Le diagnosi infermieristiche prevalenti sono state:

- Disturbo del modello riposo/sonno
- Stato d'ansia intermittente
- Affaticamento
- Nutrizione alterata (inferiore al fabbisogno)
- Paura
- Modello di respirazione inefficace
- Dolore cronico
- Alterazione della mucosa del cavo orale
- Coping inefficace
- Carenza di autocura riguardo all'alimentazione
- Intolleranza all'attività (psico-fisica)
- Alterazione dei processi familiari
- Isolamento sociale



CONCLUSIONI

L'accertamento infermieristico mediante strumenti validati permette di uniformare i comportamenti e un agire metodologicamente corretto.

Le diagnosi infermieristiche emerse si riscontrano più volte in pazienti diversi con tumori e stadiazioni eterogenee; seppure con titolo coincidente, i fattori correlati e manifestanti sono stati diversi e peculiari della persona e, a volte, della sua famiglia e/o del care giver.

Gli obiettivi assistenziali individuati sono stati incentrati sulle reali necessità del paziente.

Il processo messo in atto ha permesso di individuare gli ambiti di studio per l'elaborazione di procedure atte ad implementare l'assistenza nello specifico oncologico.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Coordinatori, Infermieri

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

3 mesi

PUNTI DI FORZA

Strumento di valutazione rapido e facilmente riproducibile

Metodo di valutazione (ESAS) individuato dagli infermieri ritenuto utile per omogenizzare i comportamenti

Volontà al cambiamento organizzativo da parte degli infermieri

Interesse nell'applicare le tassonomie NANDA e NOC

CRITICITÀ

Retaggio culturale che vede dominare il modello assistenziale per compiti

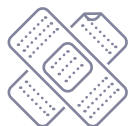
Approccio relazionale ed educativo eterogeneo da parte del personale infermieristico

DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA

Il care management a supporto del processo di ricovero

Dott. Alessandro Sili Dirigente Responsabile Area delle Professioni Sanitarie e Sociali Policlinico Tor Vergata - Regione Lazio

Dott. Girolamo De Andreis Coordinatore Infermieristico DEA



ABSTRACT

Il risultato del cambiamento della domanda di salute, unita alla politica del ridimensionamento dei posti letto e alla riduzione dell'offerta sanitaria

conseguente ai Piani di Rientro, si è riflessa anche sul Policlinico Tor Vergata. Dall'analisi degli indicatori sanitari contenuti nel programma regionale dello studio PREVALE riferiti ai primi dieci mesi del 2014, emerge come il Pronto Soccorso del Policlinico Tor Vergata, nonostante gli interventi di riorganizzazione dell'area dell'emergenza urgenza e area critica messi in atto durante il corso dell'anno, sia una delle strutture sanitarie dove è maggiormente presente il fenomeno definito boarding, ovvero lo stazionamento prolungato dei pazienti in attesa di ricovero in una struttura sanitaria.

Per tale motivo si propone di implementare, nell'attuale organizzazione sanitaria, il progetto "Il governo del processo di ricovero ospedaliero" con il fine ultimo di migliorare la gestione della risorsa posto letto e dei flussi dei pazienti che accedono in struttura, sia attraverso il canale dell'emergenza che attraverso quello dell'elezione.



OBIETTIVI

SCOPO

Assicurare il coordinamento e l'integrazione tra logistica, aree produttive ospedaliere e percorsi

diagnostico-terapeutici, garantendo efficaci processi clinico-assistenziali dall'accettazione alla dimissione del paziente, attraverso il percorso dell'emergenza e in elezione.

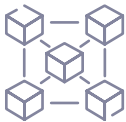
OBIETTIVI

L'intento è rappresentato dalla capacità di favorire la disponibilità di posti letto, più rapidamente e con un maggior livello di comfort e sicurezza per il paziente, rispetto all'attuale organizzazione, contribuendo a:

- A.** Diminuire la media delle giornate di degenza dei pazienti ricoverati
- B.** Individuare appropriati percorsi di ricovero
- C.** Garantire una gestione ottimale del paziente considerando la sua complessità assistenziale
- D.** Individuare precocemente pazienti socialmente fragili attraverso la compilazione della Scheda Infermieristica per la Continuità Assistenziale (SICA)
- E.** Assicurare una maggiore fluidità del processo relativo alla dimissione ospedaliera

Gli indicatori che verranno monitorati saranno:

1. Aumento dei trasferimenti da Pronto Soccorso verso altre strutture
2. Aumento del numero dei ricoveri interni da Pronto Soccorso
3. Aumento dei pazienti dimessi presso strutture ambulatoriali e/o di DH
4. Contrazione dei tempi di degenza dei pazienti ricoverati in area medica
5. Contrazione del fenomeno posti letto aggiunti nei reparti di degenza



METODO

I modelli incentrati sui processi richiedono l'ausilio di nuove figure manageriali che li governino. Nella nostra realtà ospedaliera, il Care

Manager si pone a fianco dell'individuo in ogni momento del percorso del ricovero, sostenendolo nel cambiamento delle abitudini di vita ed educandolo a prendersi cura di sé. Per l'implementazione del progetto Il Governo del processo di ricovero, è prevista la costituzione di un gruppo di Care Manager, ovvero Coordinatori dell'assistenza (coadiuvati da personale infermieristico ed amministrativo), referenti rispettivamente per le aree mediche, chirurgiche e dell'emergenza, che possano, attraverso il governo della rete assistenziale intraospedaliera, migliorare la presa in carico degli assistiti nonché i percorsi assistenziali di ricovero e dimissione.

Le principali funzioni del Care Manager sono quelle di:

- intraprendere una relazione stabile e proattiva con i medici e i coordinatori infermieristici delle diverse UU.OO.
- conoscere dettagliatamente la situazione numerica e temporale dei pazienti dimessi dalle diverse UU.OO., contribuendo in tal modo alla facilitazione del processo di dimissione
- conoscere la situazione dei pazienti dimissibili o potenzialmente tali, contribuendo alla ricerca di una soluzione percorribile in collaborazione con i medici delle UU.OO. interessate o con il medico responsabile del caso clinico
- evitare l'uso dei letti aggiunti nelle UU.OO. ed in presenza di tali letti, assicurare il loro più razionale e rapido "riassorbimento"
- garantire la massima integrazione tra percorsi urgenti e percorsi programmati e dunque tra pazienti provenienti da Pronto Soccorso e pazienti in lista d'attesa
- collaborare costantemente con i medici del Pronto Soccorso e nello specifico con il coordinatore dell'OBI per garantire loro il costante e reale aggiornamento sulle possibilità

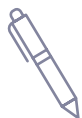
di ricovero nelle diverse UU.OO., tenendo conto delle priorità assistenziali e delle caratteristiche soggettive dei malati

- facilitare il trasferimento dei malati nell'Unità Operativa più pertinente, rispetto alla complessità assistenziale
- collaborare alla ricerca di percorsi alternativi al ricovero ordinario (percorsi ambulatoriali e di Day Hospital), garantendo comunque la presa in carico del malato da parte dell'Unità Operativa o del servizio più appropriato
- mantenere strette le relazioni con il servizio sociale aziendale (anche in esito al punteggio ottenuto attraverso la compilazione della scheda di triage sociale)
- mantenere costanti le relazioni con il Bed Manager Aziendale
- stabilire e mantenere i contatti con i centri di lungodegenza ed RSA (residenze sanitarie per anziani) al fine di facilitare le dimissioni ospedaliere



RISULTATI

1. Aumento dei trasferimenti da Pronto Soccorso verso altre strutture dal 2014 al 2017 incremento del 27% Anno 2017
2. Aumento del numero dei ricoveri interni da Pronto Soccorso dal 2014 al 2017, incremento del 10.32%
3. Aumento dei pazienti dimessi presso strutture ambulatoriali e/o di DH (percorsi interni) dal 2014 al 2017 incremento del 97% Anno 2017
4. Contrazione dei tempi di degenza dei pazienti ricoverati in area medica dal 2014 al 2017 diminuzione di 2.8 giorni di degenza media
5. Contrazione del fenomeno posti letto aggiunti nei reparti di degenza Anno 2014: media giornaliera 1.7 Anno 2017: media giornaliera 0.3



CONCLUSIONI

Nonostante i buoni risultati organizzativi ottenuti nel corso del tempo, ancora sono molteplici gli aspetti da migliorare, soprattutto in termini di organizzazione ospedaliera per intensità di cura. L'approccio accademico, incentrato sulla disciplina, ancora ostacola, a volte, la giusta allocazione del paziente nel setting assistenziale più appropriato. Nonostante ciò, l'efficientamento organizzativo è stato ben apprezzato sia dai clinici sia dal personale di assistenza.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Coordinatore Infermieristico 3



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Utilizzo di diagrammi – pianificazione mensile e annuale

PUNTI DI FORZA

Ottimizzazione posti letto

Miglioramento relazioni interdipartimentali

Miglioramento percorsi intra ed extra-ospedaliero

Supporto gestionale alle UU.OO. e alla direzione medica

CRITICITÀ

Scarsa visione d'insieme del processo di ricovero (elezione e emergenza)

Tendenza alla deresponsabilizzazione delle unità operative su alcuni processi di dimissione



SALE OPERATORIE, DI EMODINAMICA ED INTERVENTIVE

Ergonomia e buone pratiche nell'ottimizzazione dei comportamenti nel lavoro di équipe delle sale operatorie in ambito di radioprotezione

Dott. Antonia Stefanelli SOS attività diagnostica per immagini,

Responsabili del progetto: *TSRM Dott. Renzo Ricci Direttore S.O.C. Attività Diagnostiche per Immagini - AUSL Toscana Centro, TSRM Dott.ssa Silvia Sozzi P.O. Processi Tecnico-Professionali zona Sud/Est e sviluppo procedure in RM - AUSL Toscana Centro, TSRM Dott. Mattia Scuderi - Ospedale S.M. Annunziata Bagno a Ripoli, TSRM Dott. Neri Lenzi - Ospedale S.M. Annunziata, Bagno a Ripoli, TSRM Dott.ssa Francesca Rose - Ospedale S.M. Nuova, Firenze, TSRM Dott.ssa Elisa Rigacci, S.O.S Fisica Sanitaria Ospedale S.M. Annunziata Bagno a Ripoli*
AUSL Toscana Centro

ABSTRACT

Lo studio presentato fa parte di un lavoro più ampio di training in radioprotezione degli operatori addetti ai lavori, sotto la guida della S.O.S. Fisica Sanitaria, ed ha l'obiettivo di indurre comportamenti virtuosi ed educativi negli operatori delle sale operatorie di endoscopia, urologia ed emodinamica durante le procedure che richiedono l'uso di Radiazioni Ionizzanti (R.I.), grazie all'impiego dei dosimetri real time (RaySafe i2 System).

OBIETTIVI

Miglioramenti comportamentali degli operatori che lavorano nelle sale operatorie e di emodinamica dove vengono effettuati interventi o procedure che necessitano l'utilizzo di R.I.

METODO

Ognuno degli operatori è stato dotato di un dosimetro che mostra in tempo reale il livello di esposizione (non la dose!), espresso visivamente da colori differenti fuori dal camice piombato ed il suo valore totale a fine procedura, posizionandolo nel modo più adatto a seconda del ruolo del professionista e del tipo di procedura. Le posizioni occupate dagli operatori e dall'apparecchio radiologico durante le procedure sono esemplificate in appositi schemi delle sale operatorie studiate. Durante le procedure abbiamo inizialmente analizzato il comportamento del personale di sala e, successivamente, tenendo conto delle necessità operative di ciascuna sala e di ogni procedura, abbiamo cercato di individuare i miglioramenti attuabili ai fini della riduzione dell'esposizione.



RISULTATI

Terminata questa fase di osservazione e a seguito di un confronto con il personale, abbiamo mostrato le azioni da noi ritenute evitabili dal punto di vista radioprotezionistico e proposto delle alternative di comportamento, anche nell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale e collettiva. In seguito alla messa in atto delle nostre indicazioni, abbiamo verificato se queste avessero effettivamente portato una riduzione dell'esposizione confrontando i dati dei dosimetri prima e dopo le nostre osservazioni.



CONCLUSIONI

A conclusione dello studio abbiamo osservato come le nostre indicazioni recepite e trasmesse siano state adottate dagli operatori, ottenendo una modifica dei comportamenti abituali degli operatori stessi, consentendo anche di variare gli schemi esemplificativi di lavoro nelle sale.

Sarebbe utile applicare tale intervento educativo agli operatori che lavorano in tutte le Sale di Emodinamica presenti nell'AUSL Toscana Centro, in quanto l'esposizione a R.I. in tali sale deve essere ottimizzata al meglio coinvolgendo tutto il personale presente che partecipa alle procedure.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Tecnico Sanitario di Radiologia, Esperto in fisica medica/Esperto qualificato, Infermiere, Medico



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Un anno, con pianificazione mensile dell'attività (minimo tempo utile per raccogliere i dati)

PUNTI DI FORZA

Ripetibilità delle misure in ogni momento

Educazione comportamentale immediata del personale presente

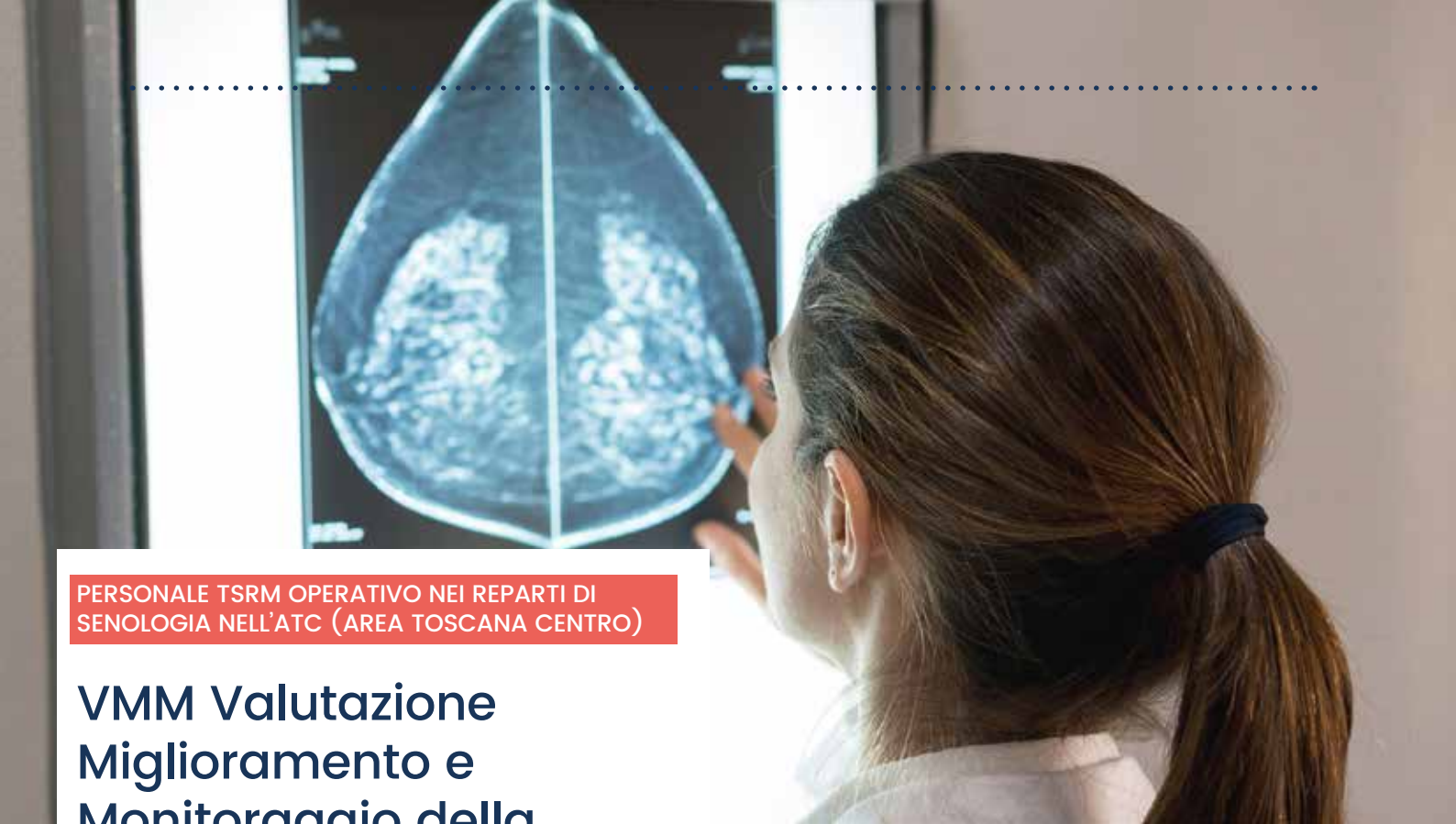
Probabile diffusione, nel prossimo futuro, dei Dosimetri Real Time nelle sale Angiografiche come fornitura delle apparecchiature

Miglioramento della qualità nel lavoro di équipe

CRITICITÀ

Spesa elevata per l'acquisto dei dosimetri Real Time

Difficoltà nel recepimento degli obiettivi e intenti: non viene misurata nessuna dose all'operatore



PERSONALE TSRM OPERATIVO NEI REPARTI DI
SENOLOGIA NELL'ATC (AREA TOSCANA CENTRO)

VMM Valutazione Miglioramento e Monitoraggio della performance del tecnico di radiologia operante in senologia nell'Area Toscana Centro

Dott. Antonia Stefanelli SOS attività diagnostica per immagini,

*Cristina Poggi TSRM CPO E. Martini e Nuovo Ospedale S. Stefano, Prato, SOC
Attività Diagnostiche per Immagini ATC*

AUSL Toscana Centro



ABSTRACT

La qualità dell'immagine mammografica è uno dei presupposti fondamentali del percorso diagnostico della paziente che affrisce ai centri pubblici di senologia, e richiede il posizionamento corretto, che deve seguire le regole tracciate dalle Linee Guida Europee LGE¹, secondo il sistema PGMI², e la compressione adeguata della mammella. Il progetto si basa su uno studio della qualità globale mammografica in tutta l'ATC, tramite una valutazione con il sistema POint (Poggi, C.), da reiterare periodicamente dopo tirocini personalizzati, tramite l'elaborazione di questionari sui parametri di correttezza e con il monitoraggio della dose.



OBIETTIVI

- Standardizzare la tecnica di posizionamento
- Standardizzare e monitorare il range di compressione
- Sottoporre a revisione e a monitoraggio la qualità dell'immagine mammografica prodotta
- Standardizzare la qualità globale dell'indagine mammografica offerta all'utenza nell'ATC



METODO

Il progetto VMM Valutazione, Miglioramento e Monitoraggio della performance del tecnico senologo si rivolge ai TSRM in attività nei servizi di senologia in Azienda USL Toscana Centro, e si articola in quattro parti:

1. Uno studio di tipo semiquantitativo e qualitativo con la valutazione della qualità delle immagini mammografiche prodotte nell'ATC, con il sistema POint (Poggi, C)
2. Uno studio quantitativo, con la raccolta dei valori di compressione, di spessore del seno compresso, di dose ghiandolare media, della percentuale di lavoro dedicato alla senologia del singolo operatore; uno studio dei dati raccolti da questionari a risposta chiusa (multiscelta) sui parametri di correttezza più difficili da soddisfare per tecnici e per medici; uno studio sulle caratteristiche tecniche dei mammografi a

disposizione. Tutti i dati sono stati processati con l'applicazione di una statistica descrittiva

3. Uno studio qualitativo, basato su questionari a risposte chiuse e aperte, sulla percezione del singolo operatore sull'ergonomia delle apparecchiature che ha a disposizione, e sulle condizioni generali della stanza diagnostica in cui lavora, processati con la tecnica dell'analisi tematica
4. Attività formativa passiva (corsi teorici) e attiva (tirocini), sull'alta qualità in mammografia, basate sul concetto della standardizzazione (Miller, L.³, Mammography Educator, America), e sulla tecnica di posizionamento proposta dal dottor Tabar, L.⁴, (direttore del dipartimento di mammografia al Falun Central Hospital, Svezia, radiologo, ricercatore ed educatore, monitorando il processo ex-ante/post-ante/in itinere (formazione 3D)

I mammografi in uso nella ATC sono Inspiration™ Siemens (Siemens Medical Solutions, Erlangen Germany) e Essential™ della GE (General Electric, Boston, America, Ge Healthcare, Little Chalfont, Regno Unito).

La survey tecnologica sugli apparecchi e sulla qualità degli accessori è tutt'ora in fase di realizzazione; e così il questionario sulla percezione dell'ergonomia della stanza in cui si svolge l'attività quotidiana.



RISULTATI

Sono stati censiti 50 tecnici nell'Area Toscana Centro: ad ognuno di essi è stato associato un numero progressivo, da 1 a 29. Allo stato attuale di avanzamento dei lavori, sono stati valutati 29 operatori per la compressione (centri da A a F), di cui 25 anche per posizionamento (centri da A, B, C, D, F). Il parametro di correttezza meno soddisfatto, in tutti i centri, è il QE, documentazione del quadrante esterno, per la CC (proiezione cranio-caudale), e IMF, documentazione del solco sottomammario, nella MLO (mediolaterale-obliqua). Il range di compressione varia notevolmente tra i centri e tra i singoli operatori. Sono stati sottoposti a seconda fase gli operatori di un solo centro: F: si osserva un miglioramento globale medio sensibile (diminuzione degli esami mediocri e inadeguati, rispettivamente del 10 e del 3%), e un aumento degli esami ottimi e buoni, rispettivamente del 6 e del 7%.

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEL TECNICO SENOLOGO SECONDO POint

Il parametro di correttezza meno soddisfatto, in tutti i centri, è il QE, documentazione del quadrante

esterno, per la CC (proiezione cranio-caudale), e IMF, documentazione del solco sottomammario, nella MLO (mediolaterale-obliqua). È stato infatti possibile identificare un trend comune in ogni centro, con ogni probabilità determinato dal fatto che il tecnico più esperto forma gli operatori che vengono assegnati al reparto, e a causa della tendenza ad uniformarsi nel tempo agli standards accettati. **Figura 1**

La maggior parte dei tecnici valutati ad oggi (il 58% sul totale) non sono totalmente dedicati alla senologia; il 48% non raggiunge la raccomandazione minima consigliata dalle Linee Guida Europee, di 2 turni la settimana in un contesto di screening, e di 20 mammografia la settimana in un contesto diagnostico. Solo in un centro tra quelli a oggi visitati, gli operatori sono quasi completamente dedicati (4-5 turni su 6), e in un altro, c'è un operatore totalmente dedicato (6 turni su 6). Solo 7 operatori su 29 (24%) hanno seguito un corso strutturato in un centro accreditato prima dell'inizio dell'attività. Questi dati influenzano la qualità dell'immagine prodotta, come descritto in molti lavori scientifici^{5,6}.

COMPRESSIONE

Nell'elaborazione dei dati sui valori numerici di compressione, si notano come già indicato, differenze importanti nel range usato dai singoli operatori. **Figura 2**

RISULTATI DELLA SECONDA FASE DEL VMM

La seconda fase è stata eseguita solo nel centro F, dopo un corso teorico-pratico sulla qualità dell'immagine mammografica e sui parametri di correttezza tenuto in sede; dopo un tirocinio per ogni operatore, della durata di un solo turno, a causa di problemi organizzativi; di due audit sugli inadeguati tecnici.

I risultati globali medi sono incoraggianti, con un aumento degli esami ottimi O, del 6%, degli esami buoni B, del 7% e soprattutto, una decisa diminuzione dei mediocri M del 10%, oltre a quella degli inadeguati I, del 3%. Solo uno degli operatori sul totale di quelli valutati nella seconda fase nel centro F, mostra risultati mediamente comparabili con quelli della prima.

Per quanto riguarda la compressione, si è notata una riduzione globale delle compressioni inefficaci (sotto 87 Newton, unità di misura della forza-peso nel SI) e in un caso anche l'adozione del principio del range medio, figura 3, raccomandato dal progetto VMM come prima fase essenziale nell'ottimizzazione dell'esecuzione dell'esame mammografico.



CONCLUSIONI

I risultati sembrano indicare che fornire competenze elevate, sia teoriche che tecniche, e avviare un processo di revisione dell'attività svolta, possano tradursi in uno stimolo in grado di accrescere la qualità del servizio offerto all'utenza.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

TSRM operanti in senologia, sia in programmi di screening che in senologia clinica.



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto VMM è stato elaborato nel maggio del 2017 e messo in atto al CPO Martini di Prato, per poi essere proposto nelle altre sedi dell'Area Toscana Centro, a partire dal gennaio 2018. I primi tirocini sono stati svolti a Prato nel settembre 2018, e verranno impartiti agli operatori delle altre sedi durante l'anno 2019. A fine del 2019, il gruppo di lavoro costituito si riunirà per valutare i dati raccolti, e decidere la periodicità dei tirocini offerti, secondo gli obiettivi prefissati. Si ipotizza un tempo di realizzazione del progetto di 4-5 anni circa.

¹European Guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis 4°ed. Suppl. ISBN 978-92-79-32970-8 2013

²NHS Breast screening Program.Consolidated standards. April 2017 Public Health England

³MILLER, L., Mammography Positioning: Basic and Advanced, Society of Breast Imaging SBI 2016

⁴TABAR, L., DEAN, P.B., Teaching Atlas of Mammography 4°ed. 2012 ISBN 978-3-13-640804-9

⁵DUMSKY, H., et al, The Art of Mammography With Respect to Positioning and Compression- A Swedish Perspective Journal of Radiology Nursing 37 (2018); 41-48 <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2017.11.006>

⁶SPURR, K., et al, Mammography image quality and evidence based practice: Analysis of the demonstration of the inframammary angle in the digital setting EJR 100 (2018) 76-84 <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2018.01.004>

PUNTI DI FORZA

I tirocini offerti sono personalizzati in relazione al bisogno formativo del singolo TSRM, tramite POint, che mette in luce gli errori sistematici

Il TSRM è coinvolto attivamente nel processo di miglioramento della qualità dell'immagine mammografica

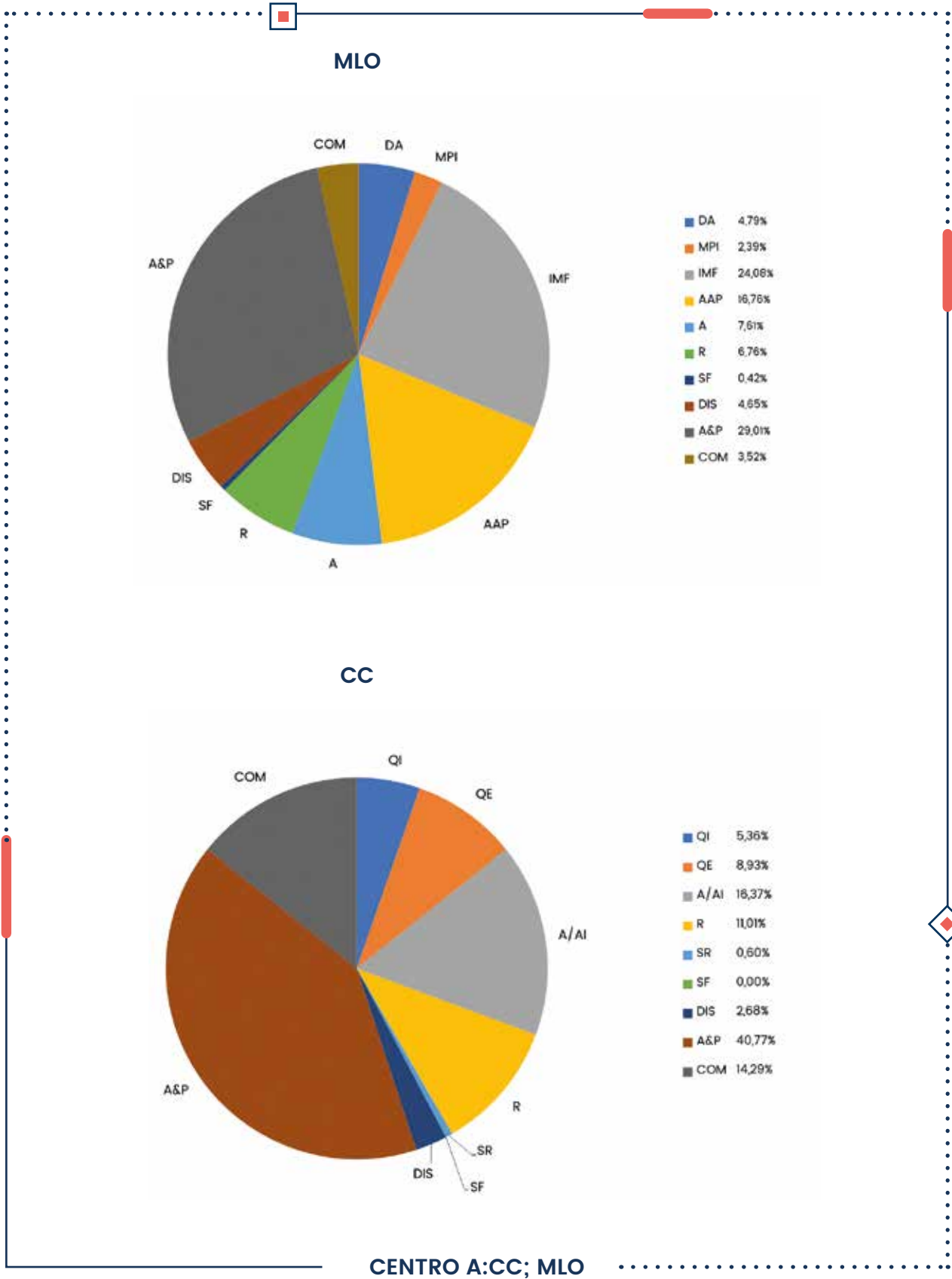
I problemi comuni verranno discussi nel gruppo di lavoro dei tecnici senologi ATC, in via di formazione

CRITICITÀ

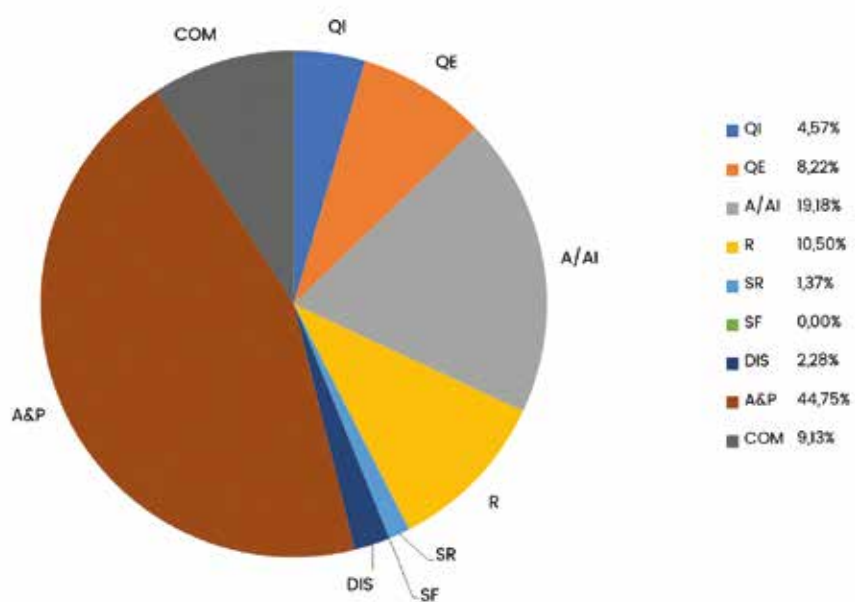
I TSRM non sono dedicati totalmente all'attività senologica, e in buona parte neanche per il numero minimo di turni raccomandato dalle LGE, nonostante che la mammografia sia un'indagine radiologica che richiede un'elevata specializzazione

Figura 1: grafici a torta dei singoli centri sulla soddisfazione dei parametri di correttezza per posizionamento e compressione. Centro E in fase

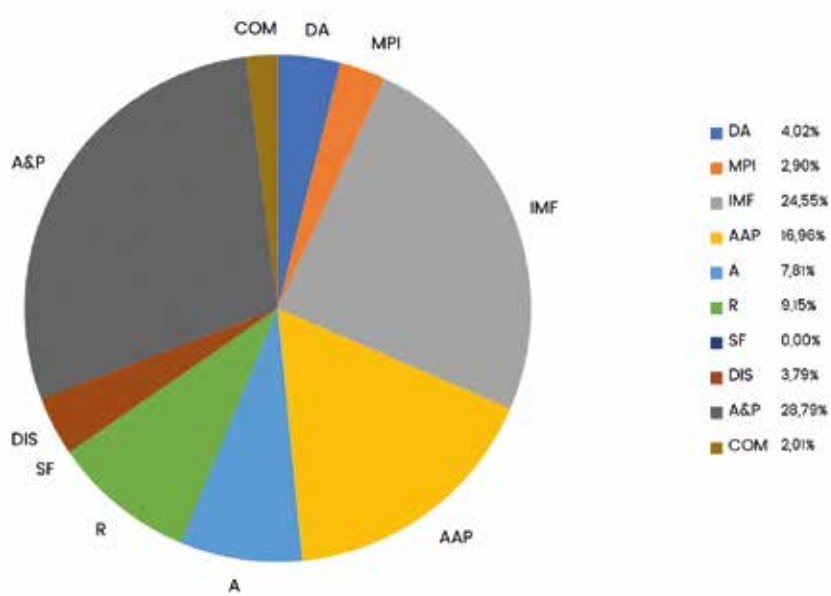
di valutazione. I parametri meno soddisfatti sono stati evidenziati tramite estrazione delle sezione corrispondente.



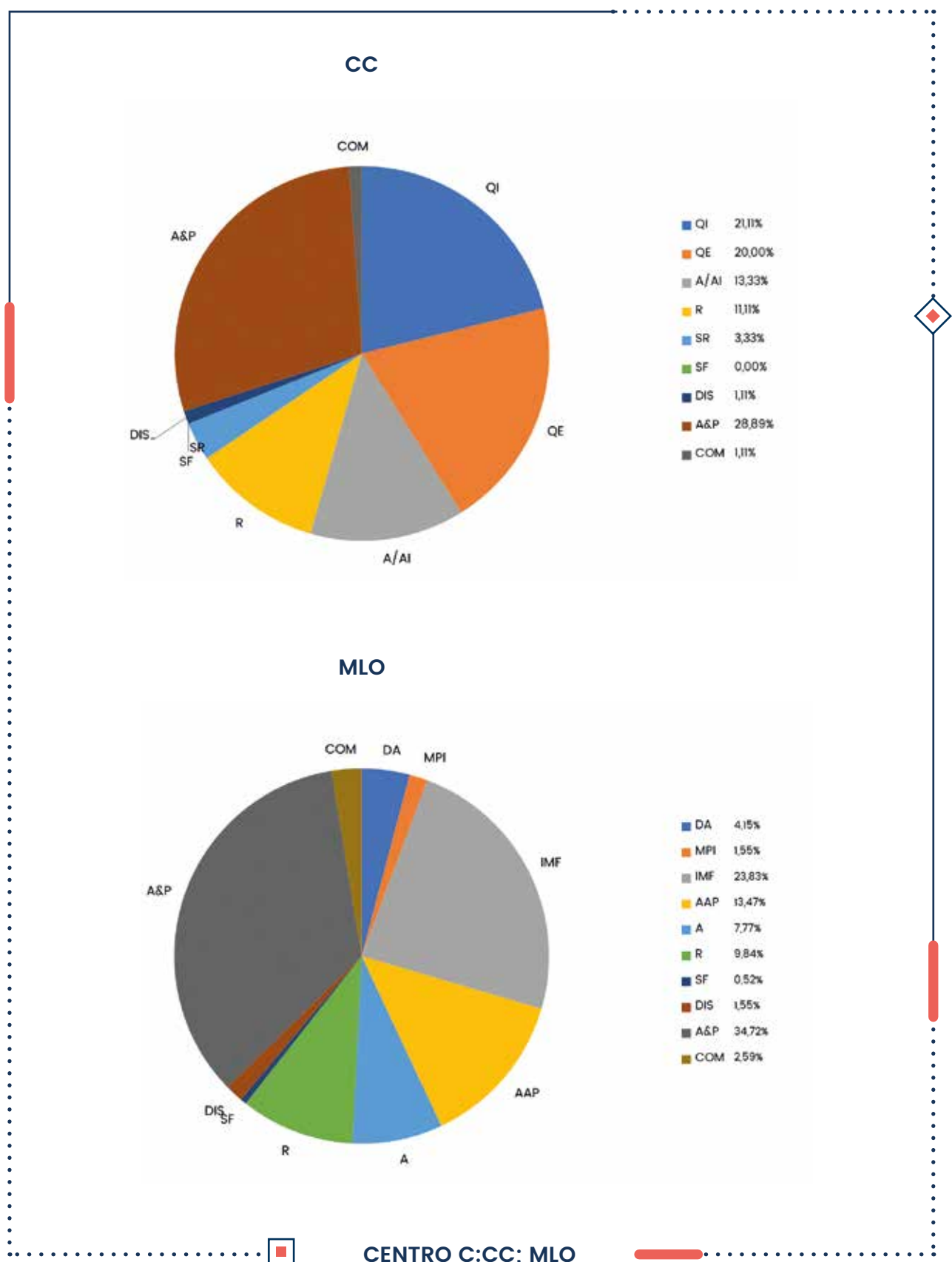
CC



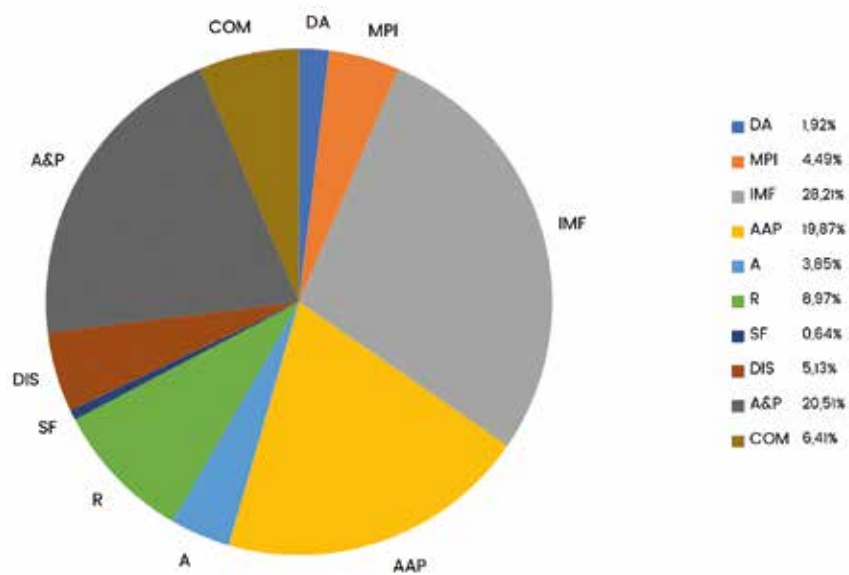
MLO



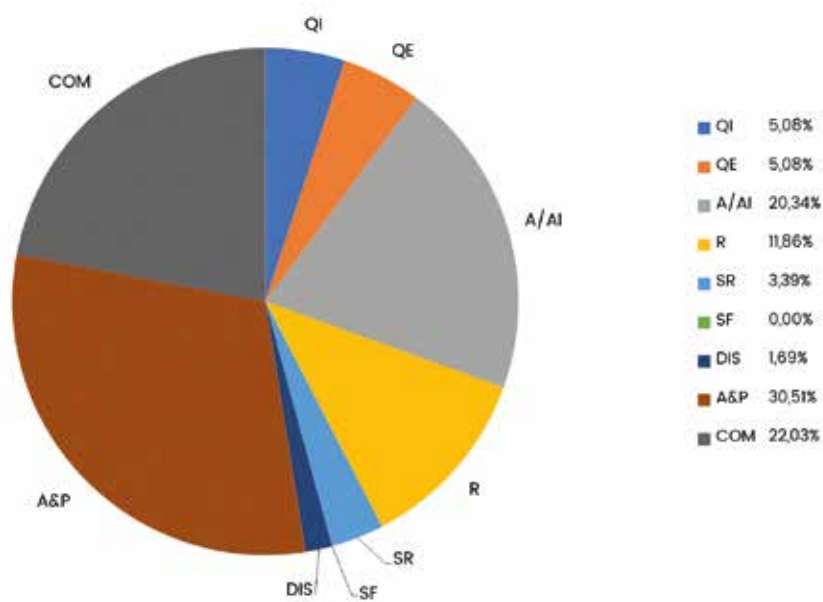
CENTRO B:CC; MLO



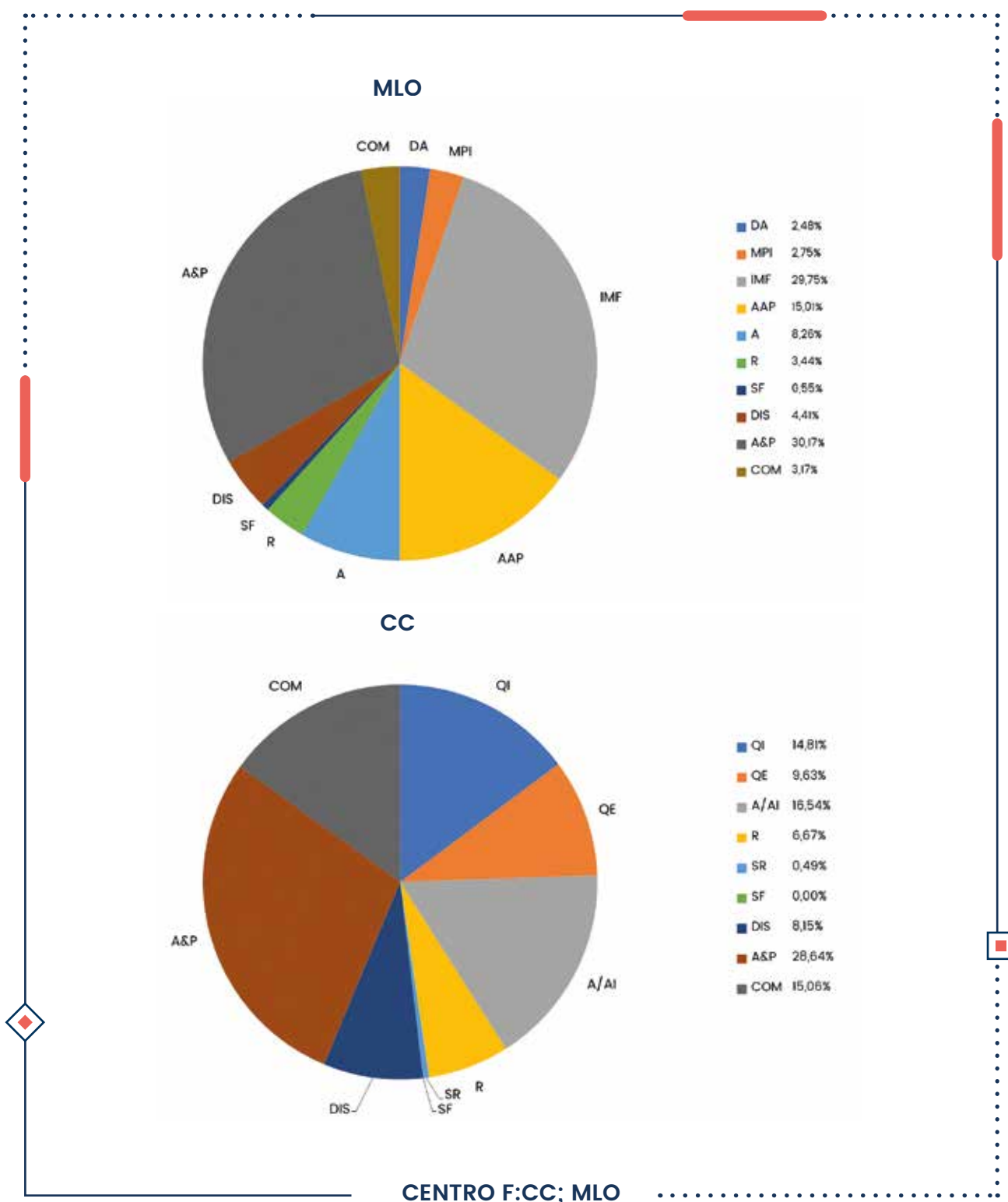
MLO



CC



CENTRO D:CC; MLO



Legenda figura 1:

CC: QI: documentazione quadrante interno;
 QE: documentazione quadrante esterno; A/AI:
 asimmetria tra i due lati; R: capezzolo in profilo;
 SR: documentazione spazio retromammario; SF:
 sfumatura cinetica; DIS: distensione e distribuzione
 del tessuto; A&P: artefatti e pieghe; COM:
 compressione

MLO: DA: documentazione lobo ascellare;
 MPI: muscolo pettorale fino alla PNL; IMF:
 documentazione del solco sottomammario; AAP:
 documentazione zona ascellare in senso antera-
 posteriore; A: asimmetria tra i lati; R: capezzolo in
 profilo; SF sfumatura cinetica; DIS: distensione e
 distribuzione del tessuto ghiandolare; A&P: artefatti
 e pieghe; COM: compressione

Figura 2: range di compressione tra gli operatori 1-29, nei centri da A a F ATC fino ad ora valutati nella prima fase del progetto VMM, indicato dal colore rosso.

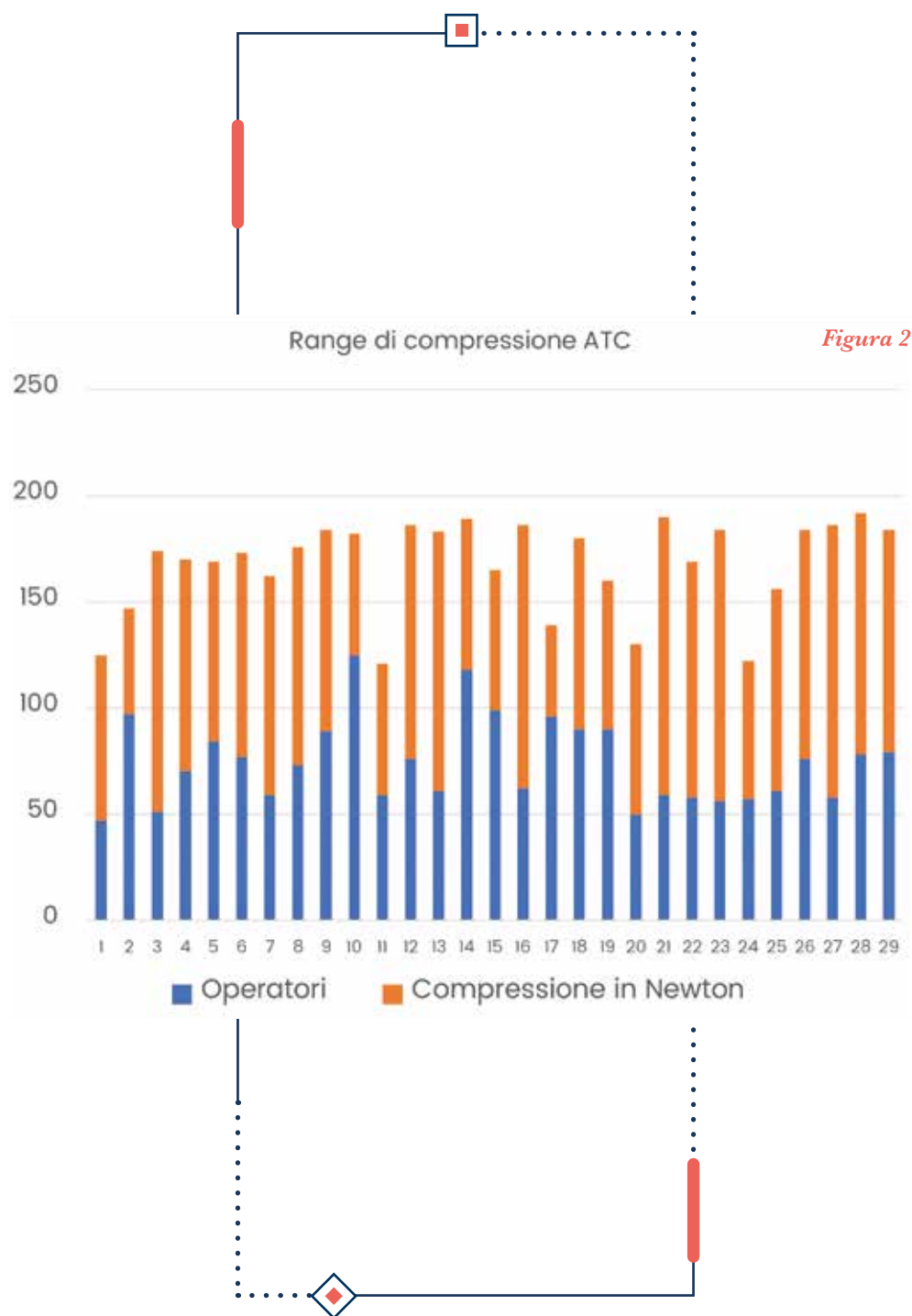
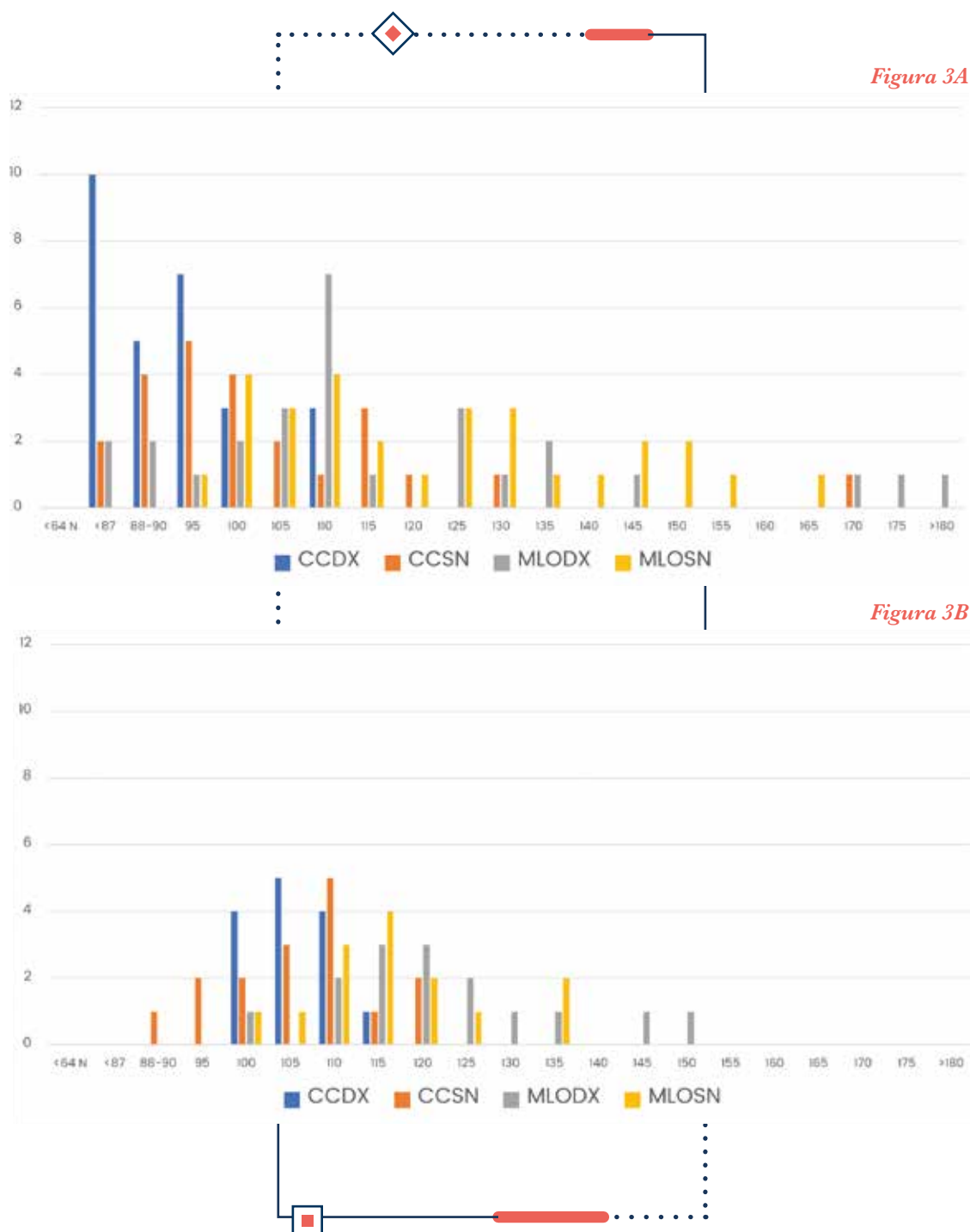


Figura 2

Figura 3A: Operatore 26 centro F: compressione per singola proiezione, prima fase VMM.

Figura 3A-B: Valori di compressione a confronto tra prima e seconda fase.

Figura 3B: Operatore 26 centro F: compressione per singola proiezione, seconda fase progetto VMM: adozione del range medio consigliato.



ASST SETTE LAGHI – VARESE E PROVINCIA –
REGIONE LOMBARDIA

L'istituzione di una centrale di Case Management per garantire la continuità dei percorsi ospedalieri e territoriali

Dott.ssa Rita Patrizia Tomasin

Dott. Antonio Maria Giuseppe Staffa

ASST Sette Laghi di Varese Regione Lombardia



ABSTRACT

La Centrale di Case Management è strutturata per ospitare i Case Manager di Centrale (CMC), i Case Manager Ospedalieri (CMO) del presidio di

Varese, i Case Manager Specialist esperti in lesioni difficili, stomaterapia, telemedicina pneumologica ed i supporti tecnologici che permettono la presa in carico dei pazienti cronici prevista dalla Legge Regionale 23/2015 “Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo”.

L'obiettivo della Centrale di Case Management è quello di garantire la presa in carico dell'utente affetto da patologie croniche, in una logica proattiva. La figura del Case Manager, in questo nuovo contesto organizzativo, è il cardine del processo di presa in carico, in quanto professionista esperto in grado di orientare l'utente al percorso assistenziale adeguato alla domanda e appropriato nell'offerta.



La garanzia di un flusso comunicativo continuo e l'uso di un linguaggio comune, permette ai Case Manager competenti nei diversi profili (ospedaliero, territoriale, specialist e gestionale) di interfacciarsi efficacemente con l'assistito e il suo contesto e di rapportarsi con le istituzioni e gli enti erogatori.

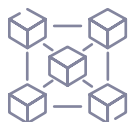
La continuità assistenziale ospedale-territorio è garantita dagli interventi sinergici tra Case Manager Ospedalieri e Territoriali governati dai Case Manager di Centrale. Lo scopo principale è raggiungere i migliori outcome di salute e garantire al paziente l'assistenza e le cure nel setting più appropriato, in accordo con le volontà della persona e della sua famiglia. Il fine ultimo è ridurre fenomeni come quello delle readmission, accessi impropri in pronto soccorso trASlando il core dell'assistenza e cura dall'ospedale al territorio.



OBIETTIVI

L'obiettivo della Centrale di Case Management è quello di garantire la presa in carico dell'utente affetto da patologie croniche, in una logica

proattiva, al fine di migliorare la qualità delle cure, ottimizzare le risorse disponibili, omogeneizzare gli strumenti ed i processi assistenziali nella filiera ospedale – territorio, evitando la frammentazione dei percorsi e la suddivisione dei servizi, favorendo l'integrazione e la continuità di cura. Il fine ultimo è raggiungere i migliori outcome di salute e garantire al paziente l'assistenza e le cure nel setting più appropriato, in accordo con le volontà della persona e della sua famiglia.



METODO

L'utente con patologia cronica che ha scelto come Gestore l'ASST Sette Laghi, viene valutato dai Case Manager di Centrale operativa (CMC) attraverso l'analisi della documentazione clinica, al fine di indirizzarlo al Clinical Manager più appropriato.

In una fase successiva l'utente viene visitato dal Clinical Manager di competenza per stendere il Piano Assistenziale Individuale (PAI) e dagli Infermieri Case Manager che identificano le diagnosi infermieristiche e pianificano gli interventi per raggiungere gli outcome prefissati. Lo scopo è quello di aumentare il livello di self-care della persona per una migliore gestione della patologia cronica e ritardare l'insorgenza di complicanze e riacutizzazioni legate ad essa.

Durante la valutazione, qualora vengano rilevati problemi di natura sociale ci si avvale della consulenza degli assistenti sociali, sia ospedalieri che territoriali. Gli interventi possono essere attuati dai Case Manager Specialist allo scopo di garantire una risposta appropriata allo specifico ambito di competenza.

Durante il periodo successivo alla stesura del PAI, l'Infermiere Case Manager monitora, attraverso la somministrazione di specifiche scale, il livello di autonomia funzionale e promuove l'empowerment della persona anche avvalendosi dei servizi di telemedicina.



Per tutta la durata della presa in carico l'utente può contattare telefonicamente il call center dedicato tutti i giorni in fascia oraria 8.00- 20.00, al fine di garantire una risposta continuativa alle problematiche delle persone.

Nel caso in cui un paziente in carico all'ASST dei Sette Laghi acceda ai servizi di emergenza urgenza e venga ricoverato, viene attivato un percorso standardizzato allo scopo di assicurare una continuità della presa in carico.

Questo prevede l'intervento del Case Manager Ospedaliero che a partire dal Pronto Soccorso accompagna l'utente e la sua famiglia durante tutta la durata del ricovero e pianifica precocemente la dimissione. Il paziente verrà seguito tramite follow up telefonico, la cui frequenza è personalizzata secondo la complessità rilevata. Dopo la dimissione ospedaliera il paziente farà ritorno al proprio domicilio o in un altro setting. I vari Centri di Assistenza Territoriali (CAT), collocati nei diversi distretti, e l'infermiere di famiglia avranno lo scopo di orientare l'utente e la famiglia all'interno della rete di offerta socio sanitaria e promuovere interventi di promozione della salute di comunità nei luoghi di vita comune per tutto l'arco della vita.



RISULTATI

Ad oggi risultano presi in carico dalla centrale di Case Management 200 pazienti con relativa pubblicazione del PAI sul FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico)

- Aumento del livello di Self Care delle persone con diabete mellito tipo 2 e BPCO, misurato attraverso la somministrazione di apposite scale, dopo specifici interventi da parte del Case Manager di Centrale e/o dei Case Manager Specialist
- Riduzione delle readmission degli utenti dimessi dai reparti di area medica rispetto alle readmission della medesima popolazione negli stessi periodi degli anni precedenti, dell'1,5% a 1 anno e del 3% a 2 anni, dall'attivazione di tutti i servizi; tenendo in considerazione l'andamento complessivo della serie storica e le caratteristiche dei casi trattati (case mix)
- Riduzione di 1 giorno della durata della degenza media dei pazienti dimessi dai reparti di area medica rispetto agli stessi periodi degli anni precedenti
- Soddisfazione e qualità percepita dall'utente e dal caregiver presi in carico dal Case Manager Ospedaliero attraverso somministrazione di customer satisfaction
- Percezione di un adeguato livello di conoscenze

del paziente o del caregiver, anche grazie l'utilizzo di opuscoli informativi relativi alle problematiche più frequenti del paziente cronico (stipsi, rischio cadute, gestione del dolore, malnutrizione e disidratazione ecc.) misurato attraverso apposito item presente nella customer satisfaction

- Miglioramento della capacità di orientarsi nell'offerta socio sanitaria della famiglia, attraverso l'utilizzo di opuscoli informativi discussi e forniti da parte del Case Manager Ospedaliero al momento della dimissione (modalità di attivazione dell'ADI, richiesta e fornitura di presidi di protesica minore e maggiore ecc.) misurato attraverso apposito item presente nella customer satisfaction
- Riduzione degli accessi impropri in pronto soccorso misurato attraverso l'introduzione di un nuovo sistema di valutazione dell'appropriatezza della richiesta ai servizi di emergenza e urgenza
- Riduzione del disagio legato all'isolamento territoriale, attraverso l'introduzione dell'infermiere di famiglia in aree montane caratterizzate dalla lontananza dai principali servizi socio-sanitari misurato attraverso somministrazione di apposito questionario



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Case Manager di Centrale, Case Manager Territoriali, Case Manager Ospedalieri, Clinical Manager Generalisti, Clinical manager Specialisti

PUNTI DI FORZA

Presenza della Centrale di Case Management all'interno del presidio ospedaliero per favorire le dimissioni protette

Selezione di personale con formazione avanzata

Modello organizzativo orientato alla continuità assistenziale

Omogeneità nei percorsi sociali, sanitari e assistenziali al fine di ridurre la frammentazione

Presenza di un Call-Center dedicato attivo dal lunedì alla domenica dalle 8 alle 20 per rispondere alla problematiche delle persone prese in carico

Modello orientato a supportare le famiglie delle persone con malattie croniche

Processo di snellimento delle pratiche amministrative per semplificare la gestione della persona con patologie croniche

Risposta multiprofessionale ai bisogni complessi delle persone

CRITICITÀ

Difficoltà legate ai sistemi informatici a disposizione

Difficoltà legate al coinvolgimento delle altre figure professionali (medici strutturati, MMG, ecc.)

Scarso supporto delle agende di prenotazione prestazioni sanitarie



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Azione	Previsione Temporale
Selezione di numero 4 infermieri Case Manager di Centrale	gennaio 2018
Istituzione Centrale di Case Management	marzo 2018
Apertura di ambulatorio infermieristico Centro Cura Stomie e Ambulatorio Lesioni Difficili presso Centrale di Case Management	maggio 2018
Selezione di numero 4 Clinical Manager Generalisti	giugno 2018
Apertura ambulatorio di Presa in carico	luglio 2018
Stesura progetto pilota "L'introduzione della figura del Case Manager Ospedaliero all'interno dell'ASST Sette Laghi"	agosto 2018
Selezione di numero 3 infermieri Case Manager Ospedalieri	agosto 2018
Presentazione ai direttori di struttura e coordinatori infermieristici del progetto pilota per l'introduzione della figura del Case Manager Ospedaliero	settembre 2018
Partenza del progetto pilota Case Manager Ospedaliero	ottobre 2018
Inizio stesura progetto "L'introduzione della figura del Case Manager territoriale all'interno dell'ASST Sette Laghi"	novembre 2018
Inizio stesura del progetto "L'infermiere di famiglia all'interno della comunità montana del Luinese"	novembre 2018
Follow up Telefonico dei pazienti presi in carico	gennaio 2019
Apertura di un Centro di Assistenza Territoriale all'interno della Centrale di Case Management (programma dimissione protetta)	marzo 2019
Avvio dei percorsi di Presa in Carico Territoriale	giugno 2019
Apertura di ulteriori ambulatori infermieristici	giugno 2019



OSPEDALE-TERRITORIO

L'allattamento al seno un percorso di amore fra la mamma e il bambino

Dott. Carlo Turci - ASL Roma 4

Hanno collaborato: *Dr.ssa Tiziana Di Giovanni, Dr.ssa Rugiada Rea, Dr.ssa Nicoletta Fiorentino, Dr.ssa Mirella Tagliani*

ASL Roma 4



ABSTRACT

Il Programma d'Azione per l'allattamento al seno in Europa è un progetto che mira ad aiutare le donne ad avere un atteggiamento positivo nei confronti dell'allattamento e ad aumentare il numero di quelle che scelgono di alimentare in questo modo i loro figli.

Il progetto ha identificato un certo numero di azioni che possono essere messe in campo per promuovere, proteggere e sostenere l'allattamento al seno. La promozione dell'allattamento al seno è una priorità di salute per tale motivo la ASL Roma 4 ha attivato un percorso per:

- Migliorare le pratiche riguardanti l'allattamento al seno nei servizi sociali e sanitari
- Aumentare il numero di madri che scelgono di allattare i propri figli, di allattarli in maniera esclusiva per sei mesi, e di continuare ad allattarli in seguito fino a quando lo desiderino
- Aiutare le madri a sentirsi fiduciose, determinate e soddisfatte con la loro esperienza di allattamento al seno
- Migliorare le competenze pratiche e la soddisfazione degli operatori sanitari



OBIETTIVI

Definizione di una politica aziendale condivisa (per la ASL e per le strutture Ospedaliere che vengono a contatto con la mamma) sull'alimentazione dei neonati e dei bambini, che riguardi tutti gli aspetti correlati, coinvolgendo dirigenti ed operatori ed estendendone la conoscenza a tutto il personale coinvolto.

METODO

Si propone di costruire un percorso comune per la promozione dell'allattamento al seno nella ASLRoma 4 attraverso l'integrazione Ospedale - Territorio con le strutture Ospedaliere e le relative strutture ambulatoriali del territorio, adottando le politiche OMS-UNICEF (7 passi OMS-Unicef per ASL) 10 passi OMS-Unicef per strutture ospedaliere sedi di Punti Nascita) di seguito elencate:

Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini per l'Allattamento Materno (BFHI)

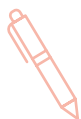
1. Definire una politica aziendale e dei protocolli scritti per l'allattamento al seno da diffondere a tutto il personale sanitario interessato
2. Formare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo

3. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno
4. Porre i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto per poppare offrendo aiuto se necessario
5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati
6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica
7. Organizzare il reparto in modo che il neonato possa condividere la stanza con la mamma (rooming-in), durante la permanenza in ospedale
8. Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento
9. Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento
10. Promuovere la collaborazione tra il personale della struttura, il territorio, i gruppi di sostegno e la comunità locale per creare reti di sostegno a cui indirizzare le madri alla dimissione dall'ospedale



RISULTATI

La costituzione del gruppo di lavoro ha permesso di identificare le criticità esistenti sul territorio: mancanza di piani per potenziare l'allattamento al seno per pochi professionisti specializzati nell'allattamento naturale.



CONCLUSIONI

Il percorso di formazione non è ancora stato completato, attualmente solo 3 operatrici hanno la formazione specifica. Le donne ricevono una prima formazione durante il corso di preparazione al parto che viene eseguito nei consultori aziendali, successivamente, in ospedale le ostetriche, insieme alle infermiere pediatriche forniscono ulteriori insegnamenti pratici affinché questi primi momenti avvengano nel modo più naturale possibile e senza sofferenza per la mamma. Il percorso continua nel post partum dove le neo mamme vengono richiamate dopo 15 giorni, 1 mese, 3 mesi per supportare l'allattamento almeno sino al sesto mese di vita del bambino e oltre.

PUNTI DI FORZA

Le mamme hanno dichiarato di sentirsi accolte nella ASL Roma 4, anche solo la telefonata per convocarle in cui si effettua un breve counseling è stato gradito e ha permesso a talune mamme di risolvere piccoli problemi che da sole non riuscivano a trovare soluzione. Il supporto emozionale ha fatto sì che le mamme dichiarassero (95%) di voler partorire nella ASL Roma 4 l'eventuale figlio successivo.

CRITICITÀ

Le mamme hanno dimostrato una buona adesione al progetto sino al terzo mese di vita del bambino (70% delle donne chiamate), gli incontri successivi al terzo mese hanno presentato una riduzione netta delle presenze (15%), in parte dovuta al rientro in servizio delle mamme.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Ostetriche, Infermiere Pediatriche



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Permanente con revisione delle attività ogni 6 mesi.

HOSPICE CARLO CHENIS ASL ROMA 4

L'Umanizzazione delle prestazioni infermieristiche attraverso la documentazione

Dott. Carlo Turci - ASL Roma 4

Hanno collaborato: Dr.ssa Tiziana Di Giovanni, Dr.ssa Roberta Marchini, Dr.ssa Immacolata Cuomo



ABSTRACT

In una fase storica di “crisi” delle risorse e divario fra risorse a disposizione a fronte di incremento della domanda, la presenza di strutture di riferimento certe per i cittadini, equamente diffuse nel territorio, che garantiscano l'accoglienza, la presa in carico e la continuità dell'assistenza, rappresenta l'innovazione in grado di assicurare risposte adeguate e di qualità a tutti coloro che manifestano una forma di fragilità sociale e sanitaria. L'hospice residenziale, insieme all'hospice domiciliare rappresentano un'importante tutela per quei cittadini e per le famiglie che necessitano di un supporto nell'accompagnamento nel fine vita del proprio congiunto.

Pertanto, alla luce dell'attuale contesto storico, politico, economico e sociale nel quale si configura il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), caratterizzato da una politica sanitaria volta ad ottenere risultati di efficacia ed efficienza delle prestazioni erogate, nel rispetto degli aspetti di umanizzazione delle prestazioni sanitarie, la documentazione clinico/

assistenziale risulta lo strumento migliore per garantire la presa in carico dell'utente, con le sue caratteristiche di unicità, oltre ad essere il canale di comunicazione per eccellenza anche in caso di contenzioso legale. Documentare, infatti, significa registrare informazioni aggregate in modo organizzato e finalizzato.



OBIETTIVI

- Introdurre un modello concettuale dell'assistenza infermieristica
- Definire i problemi assistenziali secondo un sistema di classificazione internazionale
- Utilizzare e valutare i piani di assistenza standardizzati e/o personalizzati
- Inserire scale di valutazione per misurare la complessità assistenziale e oggettivare i problemi dell'assistito
- Documentare correttamente le informazioni assistenziali
- Consentire la continuità delle informazioni tra i professionisti
- Adottare uno strumento informativo facile da consultare e semplice da compilare

- Evitare la ripetizione delle stesse informazioni più volte su strumenti informativi diversi
- Inserire dati con rapidità utilizzando un modello il più possibile strutturato
- Migliorare la rete di comunicazione fra i vari protagonisti dell'assistenza
- Migliorare la gratificazione del personale in relazione all'importanza del proprio agire professionale, finalizzato non alla mera esecuzione di compiti ma al raggiungimento di obiettivi elaborati, predisposti e condivisi da tutta l'équipe interessata



METODO

FASE 1: Reclutamento del gruppo di lavoro

FASE 2: Presentazione del progetto, condivisione degli obiettivi

FASE 3: Richiesta accreditamento ECM (formazione sul campo) del progetto di miglioramento della struttura documentale infermieristica

FASE 4: Esecuzione di una ricerca bibliografica per il reperimento dei contenuti e realizzazione della documentazione infermieristica

FASE 5: Comparazione fra la documentazione in uso, le informazioni provenienti dalla revisione della letteratura e analisi dei bisogni assistenziali dei pazienti seguiti in UDI

FASE 6: Realizzazione della cartella infermieristica

FASE 7: Esercitazione sull'utilizzo della cartella infermieristica con simulazione di casi clinici

FASE 8: Realizzazione di una procedura per il corretto utilizzo della cartella infermieristica

FASE 9: Elaborazione di una griglia di verifica composta da criteri atti a valutare la conformità della cartella infermieristica alla procedura prodotta per l'utilizzo della stessa

FASE 10: Elaborazione di una scheda per la rilevazione degli indicatori

FASE 11: Sperimentazione della cartella infermieristica per 3 mesi

Fase 12: Riunione con i collaboratori per valutazione dopo la sperimentazione

FASE 13: Richiesta accreditamento ECM per l'evento formativo residenziale di presentazione del nuovo strumento informativo



RISULTATI

È stata creata una cartella integrata in cui la sezione infermieristica vede l'accertamento strutturato sul modello Gordon e la parte assistenziale è

documentata tramite apposite schede dove sono riportate le diagnosi infermieristiche che l'infermiere sceglie sulla base del bisogno del paziente (sono state selezionate 22 diagnosi).

Gli interventi sono stati estrapolati dal modello bifocale del Carpenito e vengono scelti tramite selezione grafica degli interventi in elenco.



CONCLUSIONI

Attualmente l'80% circa delle cartelle sono compilate correttamente.

PUNTI DI FORZA

Modificazione della visione di insieme della persona e accoglienza della famiglia all'interno della pianificazione assistenziale

Compilazione dettagliata delle attività infermieristiche

CRITICITÀ

Difficoltà concettuale nella pianificazione dell'assistenza da parte degli infermieri. Difficoltà ad allontanare il vecchio modello di lavoro per funzioni al nuovo modello (primary nursing)



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Permanente con revisione ogni 3 mesi



U.O. DEGENZA

Educazione a letto del paziente ospedalizzato alle corrette procedure per l'autocontrollo glicemico e la terapia insulinica sottocutanea, posizionamento di sensore per l'automonitoraggio glicemico

Coordinatore Viviana Zanotto Azienda Ospedaliera di Padova
Regione Veneto



ABSTRACT

A seguito della riorganizzazione dell'ambulatorio delle malattie del metabolismo e diabetologia, è stato prioritario valutare l'impatto della patologia cronica del diabete, in linea con gli obiettivi regionali, sull'organizzazione sanitaria aziendale, sul paziente e sul caregiver.

La riorganizzazione prevede un aumento e standardizzazione delle competenze relazionali/educative e dell'utilizzo dei presidi sempre in evoluzione, la creazione di un sistema informatico a supporto della comunicazioni e registrazioni clinico assistenziali interaziendali, in un ottica di rete aziendale ed approccio Lean.



OBIETTIVI

Gli intenti del progetto sono molteplici ed hanno impatto:

A livello aziendale

- Non gravare sul servizio trasporto malati

A livello U.O. di degenza

- Agevolare le dimissioni (dimissione protetta)
- Non gravare sul reparto nella gestione dell'organizzazione trasporto paziente

A livello del paziente e caregiver

- Agevolare il paziente, non viene sottoposto a movimentazione dall'UO
- Educare il paziente e caregiver nelle diverse procedure di autocontrollo e gestione della glicemia rendendoli autonomi
- Agevolare il caregiver perchè verrà effettuata educazione all'unità del paziente poco prima dell'ora di pranzo
- Posizionamento del sensore glicemico ed educazione alla corretta misurazione attraverso dispositivo lettore
- Fornire presidi adeguati facendo riferimento alla consulenza medica
- Indicazioni su come reperire i presidi e nel caso di malfunzionamento strumento o altro
- Educare ad un corretto stile di vita
- Fornire Piani terapeutici ed esenzioni

A livello del personale

- Il tempo necessario per raggiungere l'UO e effettuare la formazione da parte del personale infermieristico è minore rispetto a quello che sarebbe impiegato ad organizzare e far giungere il paziente al servizio



METODO

La terapia educativa a letto del paziente viene effettuata previa consulenza dello specialista diabetologo nel caso di nuova insorgenza o di revisione della terapia in atto oppure come refresh nel caso di paziente già in terapia. Il reparto dove il paziente è ricoverato, attraverso sistema informatico aziendale, invia al Servizio Malattie del Metabolismo la richiesta di terapia educativa. Quest'ultimo tramite il "servizio gestione prenotazioni" (SGP) informatizzato prende in carico la richiesta e programma l'intervento dando un ritorno al richiedente per via informatizzata con data e ora.

I giorni dedicati all'educazione al paziente ricoverato nei quali il personale del servizio si reca direttamente nel reparto di ricovero a letto del paziente sono:
lunedì, mercoledì e venerdì per un totale di N°4 prestazioni di 30 min ciascuna dalle 11:30 alle 13:30.

La terapia educativa effettuata può essere così classificata:

- Educazione all'autocontrollo della glicemia, illustrando le modalità di utilizzo del glucometro in caso di diabete di prima insorgenza in terapia orale
- Educazione all'autocontrollo e all'auto somministrazione di insulina, qualora ci fosse un diabete di prima insorgenza che necessiti di insulinoterapia
- Educazione all'auto somministrazione di insulina qualora il paziente (già diabetico in terapia orale), fosse in possesso del glucometro, ma essendo il diabete "peggiore", servisse una terapia insulinica a supporto. In questo ultimo caso è d'obbligo da parte dell'infermiere, eseguire un "refresh" all'utilizzo del glucometro per accertarsi che il paziente esegua l'autocontrollo in maniera corretta

La preferenza della fascia oraria è stata scelta per favorire la presenza del care-giver nel eventuale di una mancata compliance da parte del paziente. Il personale infermieristico prima di recarsi ad effettuare la terapia educativa consulta nel sistema informatico aziendale la consulenza medico- specialistica del diabetologo che riporta la prescrizione del tipo di terapia insulinica e orari di somministrazione.

A seguire contatta il medico diabetologo consulente per:

- A.** accordarsi sul tipo di glucometro da consegnare e sul numero di controlli da eseguire
- B.** confermare le penne di insulina da consegnare (qualora la consulenza le preveda)
- C.** accertarsi che il piano di cura per la fornitura dei presidi (aghi da pungidito, lancette per glicemie e aghi da insulina), risulti compilato informaticamente e sia consegnato al paziente.

La terapia educativa generalmente si svolge a letto del paziente o in ambulatorio dedicato presso il reparto di ricovero e garantisce, al paziente e caregiver, anche le conoscenze sul come gestire episodi di ipoglicemia. All'utenza vengono inoltre rilasciate le brochure informative come ulteriore rinforzo alla educazione effettuata, che descrivono in modo dettagliato ed esaustivo come eseguire l'autocontrollo della glicemia e l'auto somministrazione dell'insulina.

Il processo educativo termina con la scrittura sul diario clinico integrato del paziente in reparto, il quale a sua volta andrà a costituire il dossier del paziente e il fascicolo.

- Prevenzione e presa in carico della persona affetta da cronicità
- Promozione corretti stili di vita
- Interventi socio-sanitari patologia diabetica
- Governo clinico
- Qualità e sicurezza del paziente
- Adozione di linee guida basate sull'evidenza
- Qualità dei sistemi e dei processi clinico assistenziali
- Umanizzazione delle cure/relazioni/comunicazione



RISULTATI

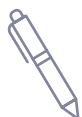
Nel periodo tra il 20/11/2017 al 19/11/2018 sono state coinvolte le seguenti U.O.:

Clinica Medica 5, Clinica Ortopedica, Chirurgia Epatobiliare, Nefrologia, Chirurgia Toracica, Gastroenterologia, Trapianto Multiviscerale; a cui si sono aggiunte dal 22/01/2018 le seguenti U.O. Chirurgia Generale, Urologia, Cardiologia, Cardiocirurgia, Infettivi.

Nell'intervallo di tempo sopra definito, sono state richieste 112 educazioni al letto del paziente, svolte entro massimo 48 ore dalla richiesta.

Al termine dell'educazione ai pazienti è stato consegnato un questionario per valutare e quantificare eventuali dubbi sul processo di educazione con un feedback positivo pari al 100%.

Ai coordinatori delle unità coinvolte è stato consegnato un secondo questionario per valutare criticità ed eventuali suggerimenti sul progetto con un feedback positivo pari al 99% con un'unica criticità risolta tramite il processo informatizzato. A 30 giorni dalla dimissione nessun paziente è rientrato per problematiche associate alla gestione della glicemia.



CONCLUSIONI

I buoni risultati ottenuti nel corso del progetto, si evincono sia in termini di organizzazione che di ricezione da parte dell'utenza e delle U.O. Il progetto, al paziente ha garantito la dimissione protetta, alle U.O. di degenza uno sgravio dei carichi di lavoro e al personale dell'ambulatorio un incremento motivazionale.



PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri, Coordinatore Infermieristico, Information Technology Aziendale, Medici delle Unità Operative richiedenti, Coordinatore e infermieri delle Unità Operative coinvolte



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

12 mesi

PUNTI DI FORZA

A 30 giorni dalla dimissione nessun paziente è rientrato per problematiche associate alla gestione della glicemia

CRITICITÀ

Paziente non presente in stanza a causa di altre prestazioni

Possibilità di svolgere l'educazione solo 3 giorni feriali a settimana



UNITÀ A DEGENZA INFERMIERISTICA PRESSO
PRESIDIO NUOVO REGINA MARGHERITA ASL ROMA 1

Sperimentazione di un Sistema Informativo finalizzato alla valutazione degli interventi infermieristici nella “Unità a Gestione Infermieristica” (UDI) per la raccolta dati necessari alla misurazione dei Nursing Sensitive Outcome (NSO)

Dott.ssa Anna Zoppegno Responsabile sostituto U.O.C. Assistenza Infermieristica ASL Roma 1, Lazio



ABSTRACT

I Nursing Sensitive Outcome (NSO) sono gli esiti rilevanti e pertinenti dell'assistenza infermieristica, per i quali esistono prove di efficacia empirica che evidenziano la relazione tra il contributo apportato dagli infermieri e i risultati sul paziente. Rappresentano quindi la conseguenza o gli effetti degli interventi erogati dagli infermieri e si

manifestano con cambiamenti nello stato di salute e/o con la risoluzione del problema attuale per il quale l'assistenza infermieristica è stata prestata. La misura degli esiti sensibili alle cure infermieristiche dovrebbe costituire parte integrante della normale pratica clinica per la valutazione degli interventi nell'UDI, in quanto consente di monitorare/misurare il cambiamento nello stato di salute del paziente correlato alle prestazioni infermieristiche e di ridurre, conseguentemente:

- le complicanze
- gli errori
- la durata di degenza

A tale scopo, è fondamentale creare un sistema di registrazione, di raccolta dati dei pazienti standardizzato che ci consente di classificare gli aspetti assistenziali in maniera chiara e precisa. Nella pratica quotidiana gli esiti sono registrati all'interno di una documentazione clinico-assistenziale cartacea in entrata e in uscita. Tali sistemi di registrazione, sicuramente, offrono agli infermieri informazioni “individuali” sui pazienti in tempo reale, ma impediscono una visione d'insieme determinata dalla complessità oggettiva nella rielaborazione del dato.

Tale criticità si supera passando da un sistema di registrazione dei dati cartaceo a un sistema di registrazione elettronico che misuri in entrata e in uscita alcuni esiti.



OBIETTIVI

1. Evidenziare gli esiti assistenziali attraverso la misurazione dei NSO riconducibili a lesioni da pressione in ingresso e in uscita dei pazienti ricoverati in UDI
2. Aumentare la consapevolezza di tutti gli operatori circa l'esito sui pazienti del proprio agire quotidiano
3. Testare in un ambiente di dimensioni ridotte il modello di registrazione dei dati per rilevarne le criticità superarle e implementare progressivamente la rilevazione nelle degenze ospedaliere



METODO

Nell'anno 2018, con lo scopo di valutare gli esiti assistenziali, nel reparto UDI, è stato istituito il sistema informativo in ADT (sistema informativo che gestisce i ricoveri nella ASL Roma 1) denominato AREAS SAN.

Sperimentalmente nel suddetto sistema informativo, oltre ai dati anagrafici dei pazienti e ai dati relativi alla modalità di ricovero e dimissione, vengono raccolte le seguenti informazioni:

- Le Diagnosi Infermieristiche secondo la Classificazione Internazionale NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)
- Il punteggio determinato dalla somministrazione della scala NEWS che valuta le condizioni di stabilità del paziente
- Il punteggio determinato dalla somministrazione della scala IDA che valuta il livello di dipendenza del paziente all'ingresso e alla dimissione del paziente
- Il punteggio determinato dalla somministrazione della scala BRADEN che valuta il rischio di insorgenza delle Lesioni da Pressione – LdP.
- La presenza di lesioni da pressione, stadio e sede in ingresso e in uscita
- Il punteggio determinato dalla somministrazione della scala BARTHEL che valuta la capacità del paziente di svolgere le attività quotidiane che viene somministrata le cadute accidentali durante il ricovero sono già inserite in altro sistema informativo

Tali informazioni vengono rilevate e acquisite sia nella cartella infermieristica cartacea che nel sistema informativo. L'analisi dei dati di esito viene effettuata trimestralmente e comunicata a tutti gli infermieri e OSS dell'UDI con lo scopo di migliorare la qualità assistenziale attraverso lo strumento dell'audit.

Il Coordinatore infermieristico, soprattutto nella fase iniziale di avvio del progetto ha avuto un ruolo fondamentale, soprattutto nel saper creare la giusta motivazione nei suoi collaboratori. Fondamentale, anche il momento della formazione, che ha puntato l'accento non solo sull'importanza della registrazione dei dati per la valutazione dei esiti, ma anche su aspetti più assistenziali come ad esempio il corretto utilizzo delle scale di valutazione sopracitate e sull'utilizzo della Diagnosi Infermieristica, dati necessari per approntare un efficace e personalizzato piano assistenziale.

Fasi del progetto:

- Analisi della documentazione cartacea in uso
- Analisi degli applicativi informativi presenti attualmente in Azienda
- Revisione della letteratura
- Identificazione delle principali tipologie di NSO da monitorare
- Identificazione delle informazioni da raccogliere necessarie alla costruzione di un set minimo di indicatori
- Identificazione delle corrette modalità di registrazione del dato all'interno del sistema informativo
- Costruzione del sistema informativo in collaborazione con i programmatori informatici
- Analisi dei dati anno 2018
- Revisione del sistema informativo, per l'anno 2019, in particolare per quanto riguarda l'utilizzo della scala di valutazione BRADEN (valutazione rischio insorgenza LdP)



RISULTATI

Nell'anno 2018 dal reparto UDI sono stati ricoverati n. 131 pazienti, con un'età media di 70 anni.

I pazienti, come indicato dalla somministrazione della scala NEWS, dal punto di vista clinico sono risultati stabili.

Per quanto riguarda la degenza media siamo passati da una degenza media di 20 giorni nel 2017, ad una degenza media di 15,6 nel 2018.

Rilevante è l'aspetto dell'utilizzo nel 100% (=131/131) dei pazienti ricoverati della Diagnosi Infermieristica principale (Classificazione NANDA). Tali pazienti, secondo la Classificazione NANDA, presentano prevalenti problemi di deambulazione; integrità tissutale e nutrizione squilibrata.

L'indice di dipendenza dei pazienti all'ingresso (scala IDA) risulta essere medio nel 27,6% e basso nel 71,4%, mentre alla dimissione tale indice varia: il livello di dipendenza medio lo vediamo abbassarsi (19%), quello basso alzarsi (80%).

Infine la scala di BRADEN che vede posizionati i pazienti su un livello di rischio lesioni da pressione medio/basso.

La presenza di lesioni da pressioni in ingresso è pari 12% di cui il 73% I-II stadio.

In uscita i dati relativi alle lesioni da pressione sono stati i seguenti:

0 lesioni sviluppate durante il ricovero, lesioni I-II stadio non presenti in uscita dei pazienti, situazione immutata per le altre lesioni presenti.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Coordinatore Infermieristico e Infermieri e OSS che prestano la loro opera nell'UDI



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto sperimentale è stato già avviato nell'anno 2018 sono stati necessari due mesi per eseguire dei test e la formazione del personale.

Monitoraggio trimestrale del progetto indispensabile. ed è nostra intenzione continuare nella sua implementazione in altre unità di ricovero.



PUNTI DI FORZA

Consente di avere dei risultati trimestrali sugli esiti che permettono agli infermieri di migliorare la qualità dell'assistenza erogata

Consente agli infermieri di utilizzare all'interno dell'UDI un modello organizzativo di assistenza personalizzata

Aumento delle competenze infermieristiche nella valutazione degli esiti e successivo miglioramento della qualità assistenziale

Aumenta la soddisfazione e la performance lavorativa che privilegia il lavoro di équipe e l'autovalutazione

CRITICITÀ

Adattare alle esigenze assistenziali un sistema informativo nato per altre esigenze ha costretto il gruppo professionale a operare delle scelte di priorità essendo impossibile informatizzare l'intera cartella. Necessità di formazione continua agli infermieri con rinforzi e refreshing per garantire l'accuratezza nell'inserimento dei dati e quindi la loro validità.





SANITÀ 4.0

LE AZIENDE SANITARIE DIALOGANO

Supplemento a Sanità 4.0 Organo di
informazione del Forum
dei Direttori generali

