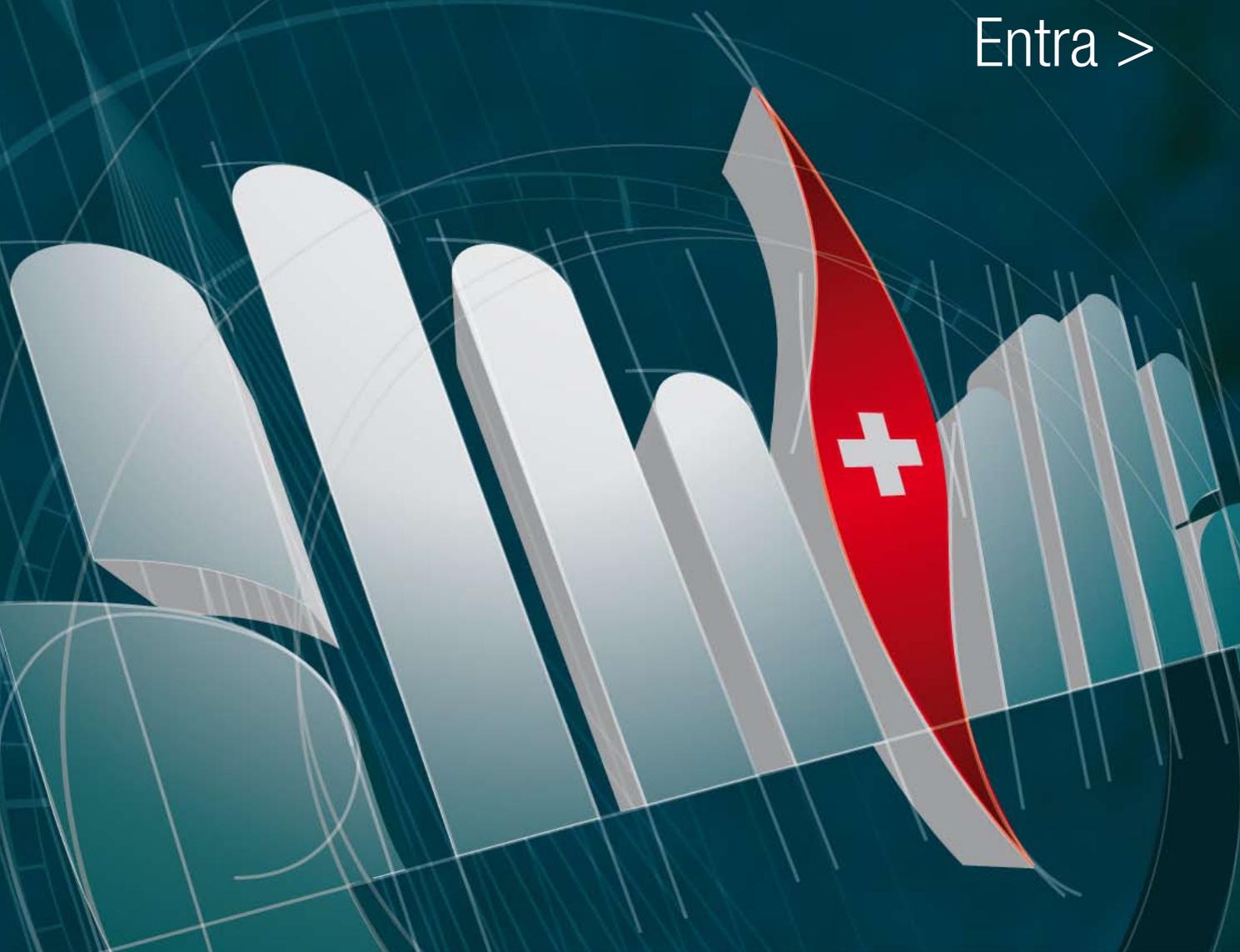




Infermieri:
valori, innovazione e progettualità
per l'assistenza della persona

Innovazione ed esperienze di buona pratica infermieristica

Entra >



www.ipasvi.it

XV CONGRESSO NAZIONALE IPASVI
FIRENZE, FORTEZZA DA BASSO 26-28 FEBBRAIO 2009

Il Comitato centrale ringrazia i numerosi Colleghi che hanno accolto con entusiasmo l'invito a presentare la propria esperienza al XV Congresso nazionale.

L'obiettivo di raccogliere diverse e qualificate esperienze di buona pratica infermieristica è stato raggiunto con successo: numerosi sono stati i contributi pervenuti in Federazione tramite il sito www.ipasvi.it.

Per ovvi motivi, solo alcuni di questi contributi potranno essere presentati nell'ambito dei lavori congressuali, ma a tutti si è scelto di dare visibilità attraverso la pubblicazione in questo Cd: nel loro insieme, infatti, le esperienze raccolte testimoniano il fondamentale contributo che gli infermieri danno al sistema sanitario italiano nei molteplici settori in cui operano e nelle diverse realtà del nostro territorio.

Oggi, con questo Congresso dedicato ai "valori, all'innovazione e alla progettualità per l'assistenza alla persona", il Comitato centrale Ipasvi vuole proporre questo patrimonio ai cittadini, alle istituzioni, al mondo universitario, alle forze politiche, ai media e a tutti coloro che, a vario titolo, si occupano di salute e sanità.

Gli interventi sottolineano, nelle loro diverse articolazioni, temi importanti e ricorrenti:

- come ripensare il sistema assistenziale ponendo al centro i bisogni dell'assistito;
- come superare l'attuale settorializzazione delle degenze ospedaliere a favore dell'aggregazione per intensità di cure o per complessità assistenziale infermieristica;
- come ridefinire il ruolo degli infermieri per la presa in carico e la continuità assistenziale in ospedale, sul territorio e fra ospedale e territorio;
- come utilizzare le innovazioni organizzative e tecnologiche per ridurre i rischi e gli errori;
- come ri-orientare i processi formativi verso la valorizzazione delle competenze;
- ecc...

Con l'augurio che il confronto e lo scambio delle esperienze possano dare un ulteriore impulso allo sviluppo professionale e alla qualità dell'assistenza infermieristica, ancora grazie.



La Presidente
Annalisa Silvestro

Indice

Progetti presentati al XV Congresso Nazionale Ipasvi

Firenze

Qualità in emergenza, analisi critica e progetto di miglioramento del 118 di Firenze
Azienda Sanitaria di Firenze

Firenze

Un Modello di assistenza proattiva alle malattie croniche nell'area delle cure primarie
Azienda Sanitaria di Firenze

Mantova

Associazionismo tra infermieri e medici di medicina generale
Studio Associato Infermieristico Mantovano

Napoli (Castellammare di Stabia)

Rianimazione teleassistita tra ospedale e territorio
ASL NA 5

Reggio Emilia

L'infermiere e l'OSS nel Servizio di Specialistica Ambulatoriale:
valorizzazione delle competenze per l'integrazione
USL di Reggio Emilia

Roma - Venezia (S. Donà di Piave)

Preso in carico del paziente nel percorso perioperatorio: dati parziali dello studio
Asl Roma B - Asl 10 Veneto orientale

Torino

Come affrontare i problemi di assistenza: gli infermieri costruiscono insieme le conoscenze
Associazione Cespi Centro Studi

Torino

Cronicità in età evolutiva: la continuità assistenziale ospedale - territorio in Piemonte
ASO OIRM S. Anna

Udine

I fattori che sostengono e minacciano, nella pratica infermieristica italiana, la sostenibilità degli esiti delle cure infermieristiche
Università degli studi di Udine

Viterbo (Sammartino al Cimino)

Movimentazione centrata sulla persona "MCP"
Casa di Cura Villa Immacolata

Tutti i contributi proposti

Ancona

Costituzione di un gruppo infermieristico di ricerca e sviluppo

Zona Territoriale n. 7

Ancona

Dossier Formativo individuale o di gruppo ECM

Agenzia Sanitaria Regionale Marche

Ancona (Osimo)

...il sorriso non abita più a casa nostra... Cosa i bambini vogliono sapere quando un loro genitore è depresso

Zona Territoriale n. 7

Ancona (Osimo)

Le vie del Benessere

Zona Territoriale n.7

Ancona

Nuovo modello di accertamento infermieristico per la valutazione delle aree problematiche della persona che soffre di un disturbo psichico

Zona Territoriale n. 7

Ancona (Osimo)

Progetto d'intervento educativo integrato, rivolto ad utenti con diagnosi di depressione, in trattamento farmacologico

Zona Territoriale n. 7

Bari

Adozione della cartella infermieristica nelle pediatrie ospedaliere in puglia

Agenzia Regionale Sanitaria – Puglia

Bologna

Il “leader clinico” e l’infermiere perioperatorio: una possibile soluzione per una moderna assistenza

AUSL di Bologna

Bolzano

Implementazione di un modello organizzativo professionale “Primary Nursing”

Azienda Sanitaria dell’Alto Adige

Brescia (Desenzano Del Garda)

Audit interno sulle infezioni in blocco operatorio

Azienda Ospedaliera Desenzano

Brescia (Desenzano Del Garda)

Conoscere le competenze e la responsabilità dell'OSS - Indagine tra gli infermieri dell'azienda ospedaliera di Desenzano del Garda

Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda

Brescia (Desenzano Del Garda)

Il lavaggio chirurgico delle mani; la decontaminazione e disinfezione del campo operatorio; indagine conoscitiva ed azioni correttive

Azienda Ospedaliera Desenzano

Brescia (Desenzano Del Garda)

Indagine sulla prevalenza delle infezioni del sito chirurgico in 4 UU.OO. Risultati dell'audit clinico effettuato nel blocco operatorio dell'ospedale di Desenzano

Azienda Ospedaliera Desenzano

Brescia (Desenzano Del Garda)

La somministrazione dell'antibiotico-profilassi preoperatoria: l'audit clinico come strumento per l'implementazione della corretta procedura

Azienda Ospedaliera Desenzano

Brescia (Rovato)

Complessità assistenziale e case management: una nuova alleanza in riabilitazione

Fondazione Don Gnocchi Onlus - Centro E. Spalenza

Cremona (Cingia de' Botti)

Assistenza infermieristica nelle residenze sanitarie assistenziali: modello dinamico per l'attribuzione delle risorse e la misurazione dell'outcome assistenziale

Fondazione Elisabetta Germani

Cremona

Riorganizzazione del sistema assistenziale/sanitario nelle residenze per disabili

Fondazione Sospiro

Firenze

Gestore dei Percorsi Assistenziali (GPA)

Azienda Sanitaria 10 di Firenze

Firenze

Gruppo di studio sulla responsabilità professionale infermieristica

Firenze

La cellula: unità fondamentale dell'organizzazione assistenziale

Azienda Sanitaria di Firenze

Firenze

La complessità assistenziale: strumento di valutazione

Azienda Sanitaria di Firenze

Firenze (Empoli)

La simulazione come strategia di apprendimento per la gestione dell'evento critico
Usl11 Empoli

Firenze

Organizzazione LEAN dell'assistenza (Progetto OLA)
Azienda Sanitaria di Firenze

Firenze

Osservatorio Infermieristico sulle Politiche Assistenziali del Territorio (OIPAT)
Ipasvi Firenze

Firenze

Osservatorio lesioni cutanee dell'azienda sanitaria Firenze: esperienza e progettualità
Azienda Sanitaria di Firenze

Firenze

Piani infermieristici standard e *care pathways*

Firenze

Progetto Integrazione e formazione di un'equipe di Cure Palliative
Azienda Sanitaria di Firenze

Genova

Migliorare la qualità delle cure di fine vita in un reparto di medicina
PO Villa Scassi, Asl 3 Genovese

Genova

Modello organizzativo di Day Surgery centralizzata polispecialistica
EO Ospedali Galliera

Genova

Qualità del consenso Informato nelle Sperimentazioni Cliniche

Livorno (Cecina)

Dalla formazione alla realizzazione di un ambulatorio infermieristico specialistico
Asl 6

Livorno

Quando gli infermieri pensano il cambiamento: il percorso degli infermieri dell'ospedale di Livorno
Azienda Usl 6 di Livorno

Milano

Telesorveglianza sanitaria domiciliare di pazienti con scompenso cardiaco
AO Niguarda Ca' Granda

Milano (Legnano)

Valorizzazione del ruolo dell'infermiere laureato magistrale con competenze specialistiche nell'ambito della libera professione

Studio infermieristico Associato di Carlo Marnoni Romeo

Norwich (UK)

Advanced Nursing Practice: il ruolo dello Specialist Nurse e del Nurse Prescriber nel contesto europeo

Unimib - Uea (in collaborazione col Nnuh)

Padova (Piove di Sacco)

Un progetto per la sicurezza del malato: la terapia informatizzata

Aulss 14 Chioggia

Pavia

Le funzioni di coordinamento per processi trasversali

Irccs Policlinico San Matteo di Pavia

Pisa

Cadute accidentali di pazienti e visitatori negli stabilimenti dell'AOU pisana; la prevenzione delle cadute in ospedale

Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

Pisa

Implementazione della sicurezza del processo terapeutico attraverso l'uso di una Scheda di Terapia Unica (STU): l'esperienza dell'azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP)

Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

Pisa

Un nuovo modello organizzativo-assistenziale: l'Ospedale per Intensità di Cure

Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

Pisa (Pontedera)

Week Hospital - Un meccanismo che funziona

Usl 5 di Pisa - PO di Pontedera

Pordenone

Gli infermieri stranieri e il lavoro interinale

Ass n.6 Friuli occidentale

Prato

La comunità delle conoscenze: progetto di *knowledge management* in area vasta

Reggio Emilia

Progetto "Teseo". La visita infermieristica di presa in carico nelle dimissioni protette ospedaliere

Azienda Ospedaliera Arcispedale S. Maria Nuova

Roma

Ambulatori infermieristici

Asl RM B

Roma

Gestione del rischio clinico presso l’Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Irccs - Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Roma

Il valore aggiunto di agire con medici senza frontiere

Medici senza Frontiere Italia

Savona

Le dermatopatie disbariche in pronto soccorso: un esempio di triage situazionale

Asl 2 Savonese

Siena (Poggibonsi)

Nurse To Patient Ratio - La dotazione organica nelle UO di degenza

Asl 7 di Siena

Taranto

Progetto “il senso della contenzione”

Asl Taranto

Torino

Dal corso al percorso formativo: l’evoluzione del piano formativo aziendale nell’esperienza dell’AOU San Giovanni Battista di Torino

AOU San Giovanni Battista di Torino

Torino

Il percorso organizzativo, assistenziale e relazionale del paziente con insufficienza renale cronica dalla diagnosi al trattamento dialitico

ASO Mauriziano di Torino

Torino

La Disciplina infermieristica: percorsi di *caring*, dalla formazione all’operatività

Ex-Asl 5 + Cnai Nucleo di Torino + Università

Torino

La prevenzione e il trattamento delle complicanze del cavo orale nel paziente oncologico: i risultati di un progetto clinico-assistenziale-educativo presso l’AO Ordine Mauriziano di Torino

AO Ordine Mauriziano

Torino

Progetto Hippocrates: la formazione dei formatori basato sul processo di *knowledge management* applicato in ambito sanitario

Presidio Sanitario Gradenigo della Congregazione D

Udine

È possibile trasformare un ospedale in un buon posto lavoro per gli infermieri? L'esperienza di trasferimento e adattamento del modello degli ospedali magnetici presso l'azienda ospedaliero-Universitaria di Udine

Azienda ospedaliero-Universitaria Udine

Udine (Palmanova)

L'infermiere di comunità: dal paradigma prestazionale al paradigma relazionale

ASS n. 5 Bassa Friulana

Udine

Infermieri, valori, spiritualità e pratica clinica: le dimensioni che contano

Azienda Ospedaliero-Universitaria, Udine

Udine

Tra potenziale, minimi assistenziali e patto con il paziente: un nuovo modo di procedere nella definizione delle risorse umane necessarie anche per affrontare le sfide future

Azienda Ospedaliero-Universitaria, Udine

Verona

Progetti di miglioramento in area medica

Azienda Opedaliera Di Verona

Vibo Valentia

Mappa della Longevità nella provincia di Vibo Valentia. *Assessment* dello stato di salute e stile di vita degli ultracentenari

Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia

Vibo Valentia (Soriano Calabro)

Ondate di calore e gli anziani. Progetto di sorveglianza e supporto agli anziani fragili. Sole sì soli no

Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia

Viterbo (San Martino al Cimino)

Complessità Assistenziale in una LAI (lungodegenza assistenza intensiva): dei pazienti con grave cerebrolesione acquisita

Casa di Cura Villa Immacolata (Vt)

Titolo dell'esperienza	Qualità in emergenza, analisi critica e progetto di miglioramento del 118 di Firenze.
Regione	Toscana
Azienda	Azienda Sanitaria di Firenze
Dipartimento/i	Servizio di Assistenza Infermieristica e Ostetrica (SAIO)
Unità operativa/e	Assistenza Infermieristica CO 118 Firenze Soccorso
Città	Firenze
Indirizzo Struttura	Piazza S. Maria Nuova 1
Telefono	055.227.672.19
Fax	055.227 672.31
Referente (Unico)	Paolo Pratesi
Email Referente (Unico)	paolo.pratesi@asf.toscana.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Direttore UO Assistenza Infermieristica CO 118 Firenze Soccorso
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Paolo Pratesi, Marco Chisci, Simone Cantini, Guido Fredducci, Alessandro Morelli, Giacomo Medici, Lucia De Vito, Maria Grazia Monti.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico
Altro (specificare)	<p>Realizzare un protocollo di ricerca per descrivere con metodo scientifico lo stato dell'arte dell'infermieristica nell'emergenza territoriale, ponendoci i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quantificare il livello della qualità delle prestazioni erogate dagli infermieri del 118 di Firenze in ambito territoriale; - individuare il modello di scheda per la registrazione delle attività più efficace, per poi implementarla in ambito regionale; - creare degli indicatori che consentano la misurazione dell'attività; - diffondere negli operatori l'attenzione al processo di miglioramento continuo; - costruire un sistema di monitoraggio dei dati che consenta la loro archiviazione costante.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	L'idea progettuale prende spunto dal progetto del Ministero della Salute denominato "Mattoni" che ha come obiettivo iniziale quello di monitorare l'attività assistenziale su tutto il territorio nazionale. All'interno dello specifico mattone "Pronto Soccorso e sistema 118" si cerca inoltre di analizzare aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi d'emergenza.
Problema	Assenza di dati significativi rispetto alla qualità dell'assistenza infermieristica erogata dal sistema 118. Assenza di un piano di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. La situazione attuale è talmente difforme sia a livello nazionale che regionale da rendere altamente problematico il confronto dei dati presenti, in quanto non tutte le Centrali operative del 118 utilizzano l'infermiere come unico professionista responsabile dell'equipe di soccorso, come avviene nel 118 di Firenze. Confronto continuo con la professione medica rispetto al tema dell'autonomia professionale dell'infermiere in emergenza extraospedaliera.

<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<p>Studio descrittivo retrospettivo sulle relazioni d'intervento infermieristiche nel periodo 1 gennaio 2006 - 31 dicembre 2006.</p> <p>Come criteri d'inclusione sono state prese in considerazione tutte le schede riguardanti l'attività di servizio espletate dalle ambulanze che hanno come unico professionista a bordo l'infermiere, operanti nella provincia di Firenze. Questo lavoro ha significato inserire 6579 schede cartacee all'interno di un database per la raccolta dati (file maker 5.5) che è stato predisposto appositamente.</p> <p>Successivamente sono stati analizzati i dati e, adottando come modello di riferimento il ciclo di miglioramento PDCA (uno degli strumenti classici del <i>Quality Management</i>), è stata effettuata un'analisi degli eventi critici attraverso il diagramma causa-effetto. Di conseguenza, è stato implementato un progetto di verifica e revisione della qualità al fine di individuare e validare un <i>set di indicatori</i> (di processo e di esito) da monitorare costantemente.</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>Creazione di una banca dati significativa rispetto alla qualità dell'assistenza erogata dalla quale sono stati estrapolati i risultati seguenti.</p> <p>Rispetto alla qualità dell'assistenza erogata sono stati presi come riferimento degli indicatori internazionali proposti da un progetto europeo denominato "European Emergency Data Project, EMS Data-based Health Surveillance System" che ha visto la partecipazioni delle principali organizzazioni internazionali che si occupano di emergenza territoriale. Dall'analisi di questo documento sono stati estrapolati i seguenti indicatori e per ognuno è stato valutato il risultato raggiunto nel 2006 e definito lo standard atteso per il 2009.</p> <p>Problemi di natura Traumatica</p> <ul style="list-style-type: none"> - N° Cateteri Venosi Periferici inseriti / numero Codici Gialli e Rossi = Giallo 70,83%, Rosso 96,92% - Applicazione collare cervicale codici Gialli e Rossi / totale casi trauma = Giallo 78,01%, Rosso 89,23% - N° fiale Morfina / N° codici sospetta frattura = 41% <p>Problemi di natura medica</p> <ul style="list-style-type: none"> - N° Rianimazione CardioPolmonare avanzata / N° pz. in Arresto CardioRespiratorio = 97% - N° Intubazioni OroTracheali / N° pz. in Arresto CardioRespiratorio = 69% - N° Adrenalina / N° pz. in Arresto CardioRespiratorio con Catetere Venoso Periferico o Intubazione OroTracheale = 98% - N° stick glicemici / N° codici neurologici = 34% - N° pz. portati vivi in ospedale / N° pz. in Arresto CardioRespiratorio = 24% <p>Creazione di una Nuova Cartella regionale infermieristica di raccolta dati che confrontata con la precedente (utilizzando gli indicatori contenuti nel progetto Mattoni del ministero della salute) risulta un miglioramento di performance rispetto all'accuratezza dei dati che passa dal 69% della vecchia documentazione all'89% della nuova.</p> <p>Tale cartella è stata poi valutata anche con i criteri JCAHO ed il miglioramento è stato dal 48% al 78% dell'attuale.</p>

Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	Ore lavoro per inserimento circa 500, ore lavoro per analisi dati circa 100, tutte realizzate attraverso la disponibilità dei partecipanti non all'interno dell'orario di servizio e con nessun costo per l'azienda di appartenenza. Alcuni dei partecipanti al gruppo hanno utilizzato parte del materiale per le proprie tesi di laurea. Formazione 5 incontri di 4 ore da ripetere in due edizioni per consentire la partecipazione di tutto il personale.
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	Creazione di una banca dati significati rispetto alla qualità dell'assistenza erogata. Implementazione di un sistema di reporting che fornisce dati aggiornati costantemente. Implementazione di un modello di miglioramento continuo della qualità. Riduzione dei comportamenti "extra protocollo" da parte del personale infermieristico. Possibilità di confronto con altre realtà regionali, nazionali o europee su di una serie di indicatori comuni.
Esperienze di trasferimento/Diffusione	I risultati del lavoro sulla cartella infermieristica sono condivisi a livello regionale con tutte le altre Centrali Operative.
Eventuali note	Secondo gli autori, uno dei punti di forza di questo lavoro è quello di essere la prima rilevazione ed analisi degli interventi gestiti in autonomia dall'infermiere in qualità di professionista responsabile dell'equipe di soccorso, dall'istituzione dell'ambulanza infermieristica (operativa dal 1999 sul territorio regionale), collocandosi all'interno del dibattito internazionale sulla definizione di un livello di performance infermieristiche condivise, e sul contributo della professione infermieristica all'evoluzione del sistema di emergenza sanitaria.

Titolo dell'esperienza	Un modello di assistenza proattiva alle malattie croniche nelle Cure Primarie.
Regione	Toscana
Azienda	Azienda Sanitaria di Firenze
Dipartimento/i	Servizio di Assistenza Infermieristica e Ostetrica (SAIO)
Unità operativa/e	Assistenza Infermieristica Territoriale
Città	Firenze
Indirizzo Struttura	Piazza S. Maria Nuova 1
Telefono	0552.758.736
Fax	0552.758.336
Referente (Unico)	Cristina Rossi
Email Referente (Unico)	cristina.rossi@asf.toscana.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Direttore UO Assistenza Infermieristica territoriale Zona Sud Est
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Cristina Rossi, Direttore UO Assistenza Infermieristica Territoriale Zona SudEst; Stefania Francolini, Direttore UO Assistenza Infermieristica Territoriale Zona Firenze; Daniele Romeo, Coordinatore Dipartimento Cure Primarie; M. Grazia Monti, Dirigente Infermieristico Responsabile SAIO.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico – Organizzativo
Altro (specificare)	Le malattie croniche rappresentano, per impatto epidemiologico e costi sociali ed economici, il più importante problema di sanità pubblica. Il progetto prende in esame le caratteristiche dei nuovi modelli di gestione multidisciplinare delle malattie croniche nei servizi territoriali, con particolare riferimento al <i>Chronic Care Model</i> , e propone la definizione dei percorsi di assistenza sulla base della stratificazione del rischio e della gravità della malattia cronica.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	Indicazioni come da Piano Sanitario Regionale e come da obiettivi dell'Azienda Sanitaria Firenze. Raccomandazioni OMS.
Problema	Le patologie croniche colpiscono milioni di persone, sono responsabili del 70% dei decessi, hanno grandi effetti sul tessuto sociale e familiare ed infine, assorbono enormi risorse dei servizi. Come emerge dai dati epidemiologici e demografici, l'epidemia di cronicità è di particolare impatto presente e futuro nell'ambito della zona fiorentina; le tradizionali risposte del servizio sanitario appaiono inadeguate e inefficaci rispetto all'incremento atteso in futuro.
Soluzione (tipo d'intervento)	<ul style="list-style-type: none"> ∞ Applicazione di modelli innovativi per la gestione delle malattie croniche: la "sanità di iniziativa" ed il Chronic Care Model; ∞ Sviluppo coerente di nuovi lay-out professionali ed organizzativi; ∞ Progetti specifici su patologie/situazioni ad alta prevalenza (scompenso

	<p>cardiaco, diabete) Stratificazione del bisogno con differenziazione del tipo/intensità della risposta multidisciplinare: interventi di educazione sanitaria a gruppi a rischio, interventi individuali, di self-management e follow up a singoli in condizioni medio-lievi, assistenza mirata al target con bisogni complessi.</p> <ul style="list-style-type: none"> ∞ Responsabilità infermieristiche specifiche relative a: monitoraggio e valutazione di segni e sintomi significativi, valutazione dell'aderenza alla terapia e alla dieta, supporto alla persona e alla famiglia nell'autogestione del trattamento. farmacologico, educazione ad un corretto stile di vita, programmi di <i>self-management</i> e "paziente esperto". ∞ Attività in rete e in continuità con l'ospedale e con la medicina generale.
Risultati ottenuti	<ul style="list-style-type: none"> ∞ Gruppi di popolazione consapevole dell'importanza delle modifiche agli stili di vita/rimozione condizioni di rischio; ∞ riduzione ricoveri ripetuti; ∞ centralità; ∞ allungamento fasi di stabilità in patologia conclamata dell'assistito con elevati livelli di presa in carico e personalizzazione delle cure, differenziazione delle risposte in relazione alla multidimensionalità dei problemi; ∞ aumento della soddisfazione degli assistiti e famiglie per il supporto educativo ed il sostegno emotivo; ∞ aumento della motivazione degli infermieri e della qualità dei rapporti di collaborazione con i medici di medicina generale e gli altri professionisti socio-sanitari delle competenze infermieristiche nel settore delle cure primarie; ∞ maggiore evidenza delle competenze infermieristiche nelle Cure Primarie.
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	<p>Non quantificabili</p> <p>In fase di verifica: abbattimento delle giornate di degenza, dei tempi di mantenimento/stabilità, diminuzione accesso a servizi specialistici/urgenza, mantenimento attività sociale e lavorativa.</p>
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<p>A breve termine già verificati: conferma della congruenza rispetto agli obiettivi/indicatori regionali.</p> <p>A lungo termine: attesi impatti migliorativi sulle modifiche di stili di vita e conseguente miglioramento dello stato di salute complessiva di gruppi di popolazione (risultati significativi se monitorizzati sul periodo minimo di 5 anni).</p>
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>A livello interno all'Azienda, attraverso il monitoraggio e la socializzazione dei risultati.</p> <p>A livello esterno all'Azienda con partecipazione a convegni/seminari attinenti.</p>

Titolo dell'esperienza	Associazionismo tra infermieri e Medici di Medicina Generale.
Regione	Lombardia
Unità operativa/e	Studio Associato Infermieristico Mantovano
Città	Mantova
Indirizzo Struttura	Viale Montello 5
Telefono	0376.229.006
Fax	0376.229.006
Referente (Unico)	Andrea Guandalini
Email Referente (Unico)	guandalinia@libero.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Coordinatore dello Studio Associato Infermieristico
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo
Altro (specificare)	<p>Questo progetto sperimentale ha l'obiettivo di realizzare una convenzione tra infermieri e medici di medicina generale che possa rappresentare un punto fermo dell'intera riorganizzazione dell'assistenza socio sanitaria territoriale.</p> <p>Nella Regione Lombardia esiste un'ampia esperienza di assistenza infermieristica sul territorio in cooperazione, più o meno esplicita, con i Medici di Medicina Generale (MMG) riguardante attività denominate di assistenza infermieristica estemporanea, ovvero prestazioni che non richiedono la formulazione di un piano di assistenza individuale, rivolte a pazienti che richiedono accessi infermieristici di breve durata ma ripetuti nel tempo, o in regime di voucher socio sanitari, con la stesura condivisa di piani di assistenza individualizzati.</p> <p>Anche al di là della pur preziosa esperienza maturata nella realtà territoriale lombarda, va considerato che l'attività degli infermieri nel territorio e la loro lunga esperienza nella assistenza domiciliare integrata, sono peculiarità della professione infermieristica stessa e quindi risulta auspicabile la sperimentazione di un modello assistenziale nazionale che possa valorizzare questo importante elemento dell'assistenza infermieristica. Racchiudere, ad esempio, la nascita "ufficiale" dell'Infermiere di Famiglia come indicato dall'OMS Europa negli obiettivi del Piano Salute 21 (Health 21), e sostenere lo sviluppo di nuovi modelli associativi dei MMG rivolti alla miglior ridefinizione dei gruppi di cure territoriali anche in rapporto alla marcata de-ospedalizzazione, o a particolari e specifiche attività sanitarie domiciliari.</p> <p>In una situazione italiana in cui esistono ormai 21 diverse organizzazioni regionali della sanità, un punto fermo sembra solo rimanere l'Accordo Nazionale collettivo dei MMG che in maniera trasversale assicura uniformemente sul territorio nazionale i bisogni di cure per il cittadino.</p>
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivi di Health 21, in particolare obiettivo 15. - Accordo collettivo nazionale dei MMG in relazione alle attività in associazionismo multi professionale.

Problema	<p>Nel Libro Verde sul futuro del modello sociale, intitolato “La vita buona nella società attiva” del 25 luglio 2008, ci si pone alcune domande fondamentali: “come è possibile ridefinire il ruolo dei MMG in modo da rispondere appropriatamente ed efficacemente ai crescenti bisogni di accessibilità, continuità assistenziale e soprattutto di integrazione con gli altri servizi del SSN?”; “quale dovrà essere la dimensione territoriale più efficace per favorire assistenza continuativa a malati cronici, disabili, non autosufficienti che non necessitano di assistenza ospedaliera?” ; e ancora : “ quali potranno essere i migliori percorsi per assicurare continuità assistenziale prendendosi in carico il paziente e guidarlo con processi attivi nei complessi percorsi della rete dei servizi?”.</p> <p>A queste domande si è pensato di rispondere formulando questa proposta, che vede protagonisti gli infermieri libero professionisti che si collocano in questo modo al centro delle eventuali trasformazioni del sistema socio sanitario, sia in ordine alla organizzazione e gestione dei servizi rivolti alla persona, ma anche in rapporto al finanziamento complessivo di questi nuovi servizi.</p> <p>La sostenibilità del nostro sistema sociale forse dovrà trovare altre soluzioni di finanziamento, ed il crescente aumento di bisogni assistenziali, sia qualitativi che quantitativi pone più di una riflessione su questo tema.</p>
Soluzione (tipo d'intervento)	<p>La risposta che proponiamo, legata agli Studi Professionali, è quella di avere la disponibilità di colleghi liberi professionisti in associazione che, in base a requisiti prestabiliti, diano la disponibilità per l'accreditamento presso le strutture pubbliche (Asl , Ulss, ecc) per lo svolgimento di attività infermieristiche domiciliari in collaborazione con le associazioni di MMG, e che questo passaggio venga certificato dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI.</p> <p>Perché gli Studi professionali? Il presupposto culturale è alimentato dalla capacità dell'infermiere libero professionista di sviluppare maggiormente le sue potenzialità e competenze professionali con massima autonomia, con grande attenzione alle norme di comportamento professionali giuridico – deontologiche, senza un vincolo lavorativo di dipendente, che favorisce sia la diversificazione delle attività, che la possibilità di creare progetti professionali e garanzie di continuità assistenziali.</p> <p>La forma associata dello Studio consente inoltre di affrontare due immagini del nostro lavoro intellettuale: la maggiore visibilità delle nostre responsabilità professionali, e la necessità di sviluppare anche noi un associazionismo inteso come maggiore impulso per garantire la continuità assistenziale.</p> <p>Lo Studio nasce attraverso un atto formale comunicato al proprio Collegio provinciale; questo atto risulta come un vero e proprio impegno sociale che tramite l'ente pubblico di rappresentanza ci si assume nei confronti della cittadinanza.</p> <p>Lo Statuto dello Studio rappresenta anche un modello organizzativo dell'associazione professionale che in modo chiaro si adatta sia alle singole aspirazioni professionali degli associati che al contesto sociale in cui opera. Una volta deciso un servizio da svolgere, si procederà alla formalizzazione di esso attraverso una convenzione scritta in cui vengono definite al meglio le clausole dell'impegno professionale. In questa fase si sviluppa l'aspetto dell'associazionismo, a nostro avviso più importante, e cioè quello del prendersi carico collettivamente di un servizio e degli assistiti, della sua puntuale progettazione e realizzo, e dello sviluppo di quella essenziale</p>

	<p>solidarietà professionale fondamentale per garantire continuità assistenziale ma anche credibilità professionale.</p> <p>L'aspetto delle convenzioni è lo strumento contrattuale più importante per uno Studio associato, dove si devono valutare sia gli aspetti professionali (protocolli/procedure), e giuridici dell'accordo che quelli deontologici, oltre naturalmente a quelli di natura economica.</p> <p>In alcune regioni gli Studi professionali rappresentano già un discreta realtà dell'associazionismo infermieristico:</p> <ul style="list-style-type: none">- in Piemonte circa 600 infermieri lavorano in Studi associati;- in Lombardia circa 750;- in Toscana circa 350;- in Campania circa 200. <p>A nostro avviso i principali requisiti che gli Studi Infermieristici dovranno avere per ottenere la certificazione dalla Federazione Nazionale Collegi attraverso una apposita commissione...<i>(omissis)</i>.</p>
Risultati ottenuti	<p>Il nostro Studio ha creato due convenzioni con MMG in cui si sono definiti gli ambiti di collaborazione. Tali disciplinari di incarico sono legati per ora ad attività ambulatoriali, in quanto il nostro Studio ha accordi sia con l'Asl sia con pattanti per l'erogazione di servizi domiciliari.</p> <p>La nostra collocazione autonoma ci ha permesso di conoscere e sviluppare una rete di rapporti istituzionali, ma anche nei confronti di singoli cittadini e della rete del terzo settore che ci hanno resi ancor più consapevoli dell'importante ruolo sociale che ha l'infermiere.</p> <p>Le esperienze maturate in Regione Lombardia e le tante altre esperienze territoriali italiane potrebbero in questa sperimentazione essere raccolte ed indirizzate verso un movimento che innescherebbe maggiore visibilità delle competenze infermieristiche, e nello specifico nell'assistenza territoriale.</p> <p>Questo percorso risulta a nostro avviso necessario per una più completa trasformazione della medicina e dell'assistenza territoriale, in un sistema a rete sempre maggiormente orientato a dare risposte appropriate ai bisogni dei cittadini.</p> <p>Questo progetto sperimentale può essere un'integrazione suppletiva ai bisogni socio-sanitari del cittadino/utente. D'altronde la sperimentazione di questi gruppi di cure domiciliari con Studi infermieristici, rappresentano a nostro avviso una scelta strategica (ma forse quasi obbligata) fondamentale nella riorganizzazione funzionale del sistema delle cure territoriali, valutandone aspetti di economicità, ma anche per individuare nuovi percorsi clinico - assistenziali (come ad esempio la creazione di Ospedali di Comunità, Case della salute, ambulatori territoriali ecc.).</p> <p>Infine risulta anche necessario dal punto di vista sociale promuovere l'associazionismo tra il medico di famiglia e l'infermiere nel prendersi carico delle persone assistite, per le tante risposte che i cittadini si aspettano sulla sicurezza della loro salute.</p>

Titolo dell'esperienza	Rianimazione teleassistita tra ospedale e territorio.
Regione	Campania
Azienda	ASL NA 5
Dipartimento/i	Emergenza
Unità operativa/e	Rianimazione
Città	Napoli (Castellammare di Stabia)
Indirizzo Struttura	Corso A. De Gasperi 173
Telefono	081.87.29.224
Fax	081.87.29.287
Referente (Unico)	Riti Francesco Paolo
Email Referente (Unico)	ritipaolo@libero.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Coordinatore Infermieristico
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo Relazionale
Problema	Il Centro di Rianimazione nasce nel maggio del 2005 in un territorio che si estende dalla penisola sorrentina fino a sud della città di Napoli. L'UO di Rianimazione è tradizionalmente una struttura "chiusa" con regole d'accesso molto restrittive. La chiusura è di tipo relazione e fisica. Di fatto però è sempre più necessario orientarsi verso la personalizzazione e l'umanizzazione delle cure. Soprattutto nell'assistenza domiciliare.
Soluzione (tipo d'intervento)	Il progetto adottato, rende possibile un collegamento interattivo audio e video col paziente e con le macchine che effettuano la terapia.
Risultati ottenuti	Nel 2006, nel nostro centro di rianimazione, sono stati effettuati 280 ricoveri e domiciliati 10 pazienti, garantendo loro l'assistenza con lo stesso organico che garantiva l'assistenza in rianimazione. Dal punto di vista tecnico, il sistema è collegato al centro di controllo con un sistema audio e video attraverso una normale linea telefonica, mentre attraverso un terminale GSM si effettua la trasmissione dei dati clinici destinati al nostro centro di rianimazione che a sua volta invia con lo stesso mezzo le disposizioni alla macchina.
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	Per l'anno 2006, l'assistenza domiciliare a dieci pazienti dimessi dalla rianimazione è costata: 37.500,00 € per l'assistenza infermieristica e 14.000,00 € per l'assistenza medica.
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	Facendo un raffronto con l'anno precedente, con l'adozione del nuovo strumento, nel 2007 sono stati domiciliati 17 pazienti, registrando un incremento dei pazienti dimesso in ADO del 70%, sono stati azzerati gli accessi medici extra, mantenendo pressoché invariata la spesa per l'assistenza medica ed un aumento del 24,6% del costo dell'assistenza infermieristica.

	<p>L'incremento dell'assistenza domiciliare, con le stesse risorse di organico, ha avuto risvolti positivi anche sull'attività dell'unità operativa, aumentando il turn-over del reparto (350 ricoveri) e di conseguenza si è avuto un incremento esponenziale dell'indice di case-mix e di performance registrando un aumento della produttività, con relativo aumento dell'incentivazione procapite per il DRG.</p>
Eventuali note	<p>I vantaggi del metodo per questi pazienti ad elevata assistenza appaiono evidenti.</p> <p>Il sistema infatti appare utile e positivo non solo per le famiglie impegnate in un'opera di assistenza continua, ma anche per gli operatori del nostro centro di rianimazione, per i medici di base, e per quelli del servizio di emergenza che possono avvalersi di una consulenza on-line relativamente al funzionamento delle protesi meccaniche e all'andamento dei parametri clinici di maggior rilevanza dei pazienti affidati alle loro cure stabilmente o occasionalmente.</p> <p>La possibilità della verifica on-line delle modifiche apportate al setting dei ventilatori tramite il monitoraggio della frequenza respiratoria, delle pressioni all'interno delle vie aeree, del volume corrente sviluppato ad ogni atto respiratorio, del buon funzionamento degli allarmi impostati, oltre alla possibilità di modificare la modalità di ventilazione (ACV, PCV, PS) qualora quella in atto si rilevasse improvvisamente non adatta alle mutate esigenze fisiopatologiche del paziente collegato, determina nel prescrittore una maggiore sicurezza all'atto della domiciliazione.</p> <p>Il progetto non si pone come alternativa all'assistenza erogata dagli operatori, assolutamente indispensabile, ma solo come complementare all'assistenza diretta.</p> <p>Si consideri infatti come l'assistenza a pazienti ventilati continuativamente dovrebbe richiedere un concorso di specificità professionali non sempre facilmente reperibili soprattutto in occasione di eventi precipitanti che possono modificare sostanzialmente le probabilità di sopravvivenza di tali pazienti. In alternativa essi dovrebbero essere costantemente mantenuti all'interno di strutture protette.</p> <p>L'ospedalizzazione continua non solo si scontra con le esigenze organizzative del reparto, determinando scompensi economici non trascurabili per le aziende ospedaliere e sanitarie, ma anche e soprattutto va contro quelle che devono essere ritenute le esigenze fondamentali del paziente ad elevata invalidità: abbinare la sicurezza alla necessità di rimanere il più lungo possibile a contatto con il suo ambito familiare per ragioni che certo non abbisognano di particolari spiegazioni.</p> <p>Quindi è possibile oggi rispondere in modo efficace ai nuovi bisogni di salute che nascono dalla condizione di una correlazione tra gli interventi assistenziali e fragilità purché vi sia:</p> <ul style="list-style-type: none">- un coordinamento dei diversi settori impegnati in grado di assicurare la necessaria continuità delle cure tra servizi ospedalieri, domiciliari e una lettura adeguata della complessità dei problemi residenziali;- una valutazione multidisciplinare e multidimensionale capace di misurare in modo puntuale ciascuna delle componenti della fragilità;- lo sviluppo di competenze, di livello anche specialistico, in grado di gestire la complessità del percorso di cura e la variabilità con la quale si esprimono e un'appropriata stima delle risorse;- la modifica dei bisogni assistenziali del paziente che identifichi il setting

assistenziale in termini di peso del case mix (valore della giornata effettiva di assistenza), di durata del percorso di cura, di impegno assistenziale (intensità dell'assistenza nelle diverse fasi: "intensiva-estensiva e di lungo assistenza").

In questo scenario complesso, tutte le soluzioni più avanzate di cure domiciliari indicano quale presupposto essenziale, per i soggetti erogatori, lo sviluppo di una cultura capace di fornire risposte concrete ai problemi, ricercare soluzioni possibili, assumere il rischio delle decisioni nell'interazione con contesti interni ed esterni dinamici, affiancando a capacità tecnico-scientifiche, competenze gestionali e informatiche utili a favorire il cambiamento.

Titolo dell'esperienza	L'infermiere e l'OSS nel Servizio di Specialistica Ambulatoriale: valorizzazione delle competenze per l'integrazione.
Regione	Emilia Romagna
Azienda	USL di Reggio Emilia
Dipartimento/i	Cure Primarie
Unità operativa/e	Specialista ambulatoriale non ospedaliera
Città	Reggio Emilia
Indirizzo Struttura	Via Monte San Michele 8
Telefono	0522.335.652
Fax	0522.339.670
Referente (Unico)	Franca Gambarati
Email Referente (Unico)	gambaratif@ausl.re.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Coordinatore Infermieristico
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	Introduzione della figura dell'operatore socio sanitario.
Problema	All'interno dell'Unità Operativa Specialistica ambulatoriale non ospedaliera, l'infermiere viene assegnato a funzioni e compiti che potrebbero essere svolti dalla figura dell'operatore socio sanitario.
Soluzione (tipo d'intervento)	Con il supporto di un esperto, definizione della <i>mission</i> infermieristica all'interno dell'unità operativa, analisi delle competenze richieste e conseguente creazione di dettagliate <i>job description</i> .
Risultati ottenuti	Riorganizzazione dell'attività all'interno dei diversi ambulatori, con l'impiego della figura dell'operatore socio sanitario in attività fino ad oggi svolte dal personale infermieristici in modo improprio.
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	<ul style="list-style-type: none"> ∞ € 3.000 per il docente che ha garantito la supervisione dei lavori; ∞ lavoro straordinario per il personale che ha partecipato ai gruppi di lavoro.

Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<ul style="list-style-type: none">∞ Razionalizzazione delle risorse.∞ Valorizzazione delle competenze.
Esperienze di trasferimento/Diffusione	Analisi delle competenze infermieristiche all'interno di altre unità operative del dipartimento cure primarie (case protette e servizio domiciliare).

Titolo dell'esperienza	Preso in carico del paziente nel percorso perioperatorio: dati parziali dello studio.
Regione	Lazio - Veneto
Azienda	Asl Roma B - Asl 10 Veneto Orientale
Dipartimento/i	UOC Sistemi Informativi Sanitari – Servizio Professioni Sanitarie
Unità operativa/e	Formazione e ricerca - Settore Sviluppo e Formazione
Città	Roma – Venezia (S. Donà di Piave)
Indirizzo Struttura	Via Filippo Meda 35
Telefono	06.41.43.32.07
Fax	06.41.43.32.07
Referente (Unico)	Dott. Andrea Maccari
Email Referente (Unico)	andrea.maccari@aslromab.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	CPSI, Referente formazione e aggiornamento della UOC Sistemi Informativi Sanitari ASL RMB
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	D.ssa Giuliana Furlan, Dott. Andrea Maccari.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo Relazionale Formativo
Altro (specificare)	Il presente lavoro nasce dall'ipotesi di riuscire ad ottenere dei benefici oggettivi, sia a livello psico-neuroendocrino che psico-comportamentale, nei pazienti che hanno ricevuto una visita di un infermiere di sala operatoria prima dell'intervento.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	L'esperienza dello studio pilota, svolto nell'anno 2005 presso i gruppi di operatori dell'ospedale "Sandro Pertini" di Roma, ha evidenziato dei risultati davvero stimolanti. L'analisi dei dati ottenuti, infatti, ha consentito di confermare l'ipotesi evidenziando la bontà della previsione iniziale: il colloquio-incontro dell'infermiere con il paziente, prima dell'intervento chirurgico, produce degli effetti positivi tali da incidere sia a livello psico-neuroendocrino che psico-comportamentale.
Problema	L'ansia perioperatoria presente già all'atto del ricovero risulta in genere aumentata immediatamente prima dell'intervento per il timore connesso ai rischi ed alle conseguenze dell'intervento stesso per la propria sopravvivenza ed incolumità personale. Questo progetto vuole dimostrare l'importanza del ruolo dell'infermiere nella presa in carico del paziente nel percorso perioperatorio. Un'importanza che diventa fondamentale nel momento in cui si dimostra, con dati alla mano, che il colloquio informativo-conoscitivo tra un infermiere di sala operatoria e il paziente, riesce a ridurre gli stimoli stressanti.
Soluzione (tipo d'intervento)	L'ipotesi generale che guida l'insieme della ricerca è che dall'incontro precedente all'intervento tra l'infermiere di sala operatoria e il paziente, si possano ottenere dei benefici misurabili e valutabili. Questo incontro terapeutico è un passo in avanti rispetto a molti altri studi

	effettuati, che hanno evidenziato l'aumento dell'ansia e dello stress in prossimità dell'intervento chirurgico.
Risultati ottenuti	<p>Dopo lo studio pilota del 2005 nell'ospedale "Sandro Pertini" di Roma, seguendo lo stesso metodo ed utilizzando gli stessi strumenti, dal gennaio 2007 si sta effettuando la ricerca presso l'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 10 "Veneto Orientale", attraverso il Settore Sviluppo Professionale del Servizio Professioni Sanitarie - Ricerca ed uso delle Evidenze Scientifiche, che ha coinvolto nel progetto gli infermieri (debitamente formati) delle sale operatorie di Portogruaro e S. Donà di Piave.</p> <p>I risultati ottenuti dimostrano in maniera inconfutabile non solo la bontà dell'ipotesi, ma gettano le basi per approfondimenti, studi e ricerche future.</p>
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	<p>€ 5.000-12.000</p> <p>I costi per struttura/ospedale riguardano le fasi del progetto che vanno dalla creazione del Gruppo di lavoro ad hoc, al corso di formazione (16 o 50 ore) che ha l'obiettivo di accompagnare coloro che hanno il compito di prendere in carico il paziente prima di essere sottoposto ad un intervento chirurgico e far acquisire, attraverso una metodologia di costante sperimentazione personale, strategie efficaci ed abilità specifiche per organizzare la presa in carico, la gestione e la conduzione del colloquio e la rilevazione di segnali di incongruenza della persona.</p> <p>L'azione formativa è centrata anche sulla conoscenza delle tecniche di comunicazione efficace e la fase di acquisizione e analisi dei dati.</p>
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<p>Dall'analisi si rilevano immediatamente le differenze tra i due gruppi (sperimentale e controllo): tra i pazienti che hanno avuto il colloquio con l'infermiere, solo il 18,6% ha avuto problemi rilevati in sala operatoria, contro il 42,1% di coloro che non hanno avuto l'incontro.</p> <p>È evidente, inoltre, che i pazienti del gruppo sperimentale hanno dei punteggi del questionario per la valutazione dell'ansia, migliori rispetto ai pazienti che non hanno avuto l'incontro con l'infermiere.</p>
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>L'esperienza è stata presentata già al Sanit 2008 ed è in continuo aggiornamento dei dati.</p>
Eventuali note	<p>Lo studio, che ha come termine prefissato dicembre 2010, è alla ricerca di strutture, sul territorio nazionale, dove poter proseguire l'acquisizione di dati e raggiungere l'obiettivo delle 5.000 schede.</p>

Titolo dell'esperienza	Come affrontare i problemi di assistenza: gli infermieri costruiscono insieme le conoscenze.
Regione	Piemonte
Azienda	Associazione Cespi - Centro studi Torino
Unità operativa/e	Tutte le oncologie, i servizi di cure palliative e i servizi territoriali del Piemonte
Città	Torino
Indirizzo Struttura	Via Botero 19
Telefono	011.56.04.219
Fax	011.51.13.545
Referente (Unico)	D.ssa Cesarina Prandi
Email Referente (Unico)	Cesarina.prandi@cespi-centrostudi.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Presidente Associazione
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Dott. Alberto Dal Molin; Dott. Roberto Quarisa; Daniela Resta, I. AFD.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	<p>Knowledge Management System con il seguente impatto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ∞ formalizza la conoscenza esplicita (costruzione di “biblioteche personali” organizzate, condivise e sempre raggiungibili, a partire anche dal contributo esperienziale); ∞ fa emergere la conoscenza implicita; ∞ favorisce un contesto per la elaborazione ed il confronto comune delle conoscenze inerenti le problematiche della patologia oncologica; ∞ può combinare le competenze di tutte le professioni che, a diverso titolo e livello, operano nel processo di gestione del paziente oncologico.
Altro (specificare)	<p>Favorire l'emergere e l'affermarsi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ un “luogo” in cui il sistema delle conoscenze di un network mirato alla gestione del paziente oncologico si offre alla condivisione per la disseminazione, ○ un luogo che opera come “collettore” degli input provenienti dai tanti reticoli della rete, a partire dalla Rete Oncologica; ○ un luogo “aperto” agli influssi e ai contributi di differenti ambienti che con la Rete Oncologica Piemonte e Valle D'Aosta si interfacciano e si confrontano. <p>Inoltre sono stati realizzati progetti formativi a grappolo e tutti gli e-tutor si sono sperimentati nella didattica capillare. Si è creato un profilo dell'e-tutor di Prometeo al quale la formazione si è corrisposta. Si è creato un profilo di Coordinatore di Comunità di pratica alla quale si sta realizzando la formazione attuale.</p>
Problema	Nella Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta, non ci sono sistemi di diffusione delle conoscenze e sistemi di cooperazione alla co-produzione

Soluzione (tipo d'intervento)	Utilizzo delle comunità di pratica (Wegner) e delle potenzialità del web 2.0
Risultati ottenuti	<p>- Oltre 1.000 infermieri registrati sulla piattaforma; - 3.522 risorse pubblicate; - 2.912 recensioni (cosa pensano o riportano i professionisti). Per un totale di 6.434 risorse messe a disposizione della comunità scientifica degli infermieri della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta.</p> <p>Ogni risorsa è pubblicata con un minimo di metadati e identificabile con le tag (11632), che rappresentano il patrimonio di parole, quindi di concetti chiave della conoscenza dei professionisti. Il numero, la variabilità delle parole, dimostra la ricchezza dei concetti con cui gli infermieri sono famigliari.</p> <p>I materiali sono raccolti in scaffali virtuali (473) che riordinano la conoscenza e da cui si possono dedurre delle mappe cognitive dei professionisti stessi. I professionisti si ritrovano in comunità di interesse.</p> <p>Allo scadere del primo anno di attività del progetto, le comunità (possiamo pensarle come aule virtuali) erano 29 con una media di 24 partecipanti ognuna. In particolare l'utilizzo dei legami tra risorse e l'associazione agli scaffali virtuali favoriscono il processo di aggregazione delle conoscenze e consentono la costruzione, in forme semplici ed immediate, di percorsi guidati allo studio, alla lettura e alla visione della documentazione, delle informazioni e della conoscenza elaborate individualmente o acquisite da altri.</p> <p>Per realizzare questo progetto è stata realizzata una formazione a "grappolo", formando in primis 28 e-tutor (provenienti dalla Rete Oncologica Piemonte) i quali successivamente hanno realizzato 31 eventi formativi capillari contattando oltre 800 colleghi. Tutti gli eventi hanno ricevuto il riconoscimento dei Crediti Formativi del Programma ECM.</p>
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	€ 250.000
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<ul style="list-style-type: none"> - 15.000 risorse di conoscenza messe a disposizione della comunità degli infermieri; - 1.000 infermieri che cooperano, si scambiano e producono materiali professionali; - 30 aule virtuali (comunità di pratica) con la possibilità di approfondire i temi e i problemi emergenti.
Esperienze di trasferimento/Diffusione	In progetto
Eventuali note	http://www.reteoncologica.it/n_080418_un_anno_prometeo.asp http://thinktag.org/index.php?page=Ch:ViewAll&chId=1

Titolo dell'esperienza	Cronicità in età evolutiva: la continuità assistenziale Ospedale - territorio in Piemonte.
Regione	Piemonte
Azienda	ASO OIRM S. Anna
Dipartimento/i	Presidio Pediatrico Regina Margherita
Unità operativa/e	Dipartimento Pediatria Specialistica e Neuropsichiatria
Città	Torino
Indirizzo Struttura	Corso Spezia 60
Telefono	011.31.34.444
Referente (Unico)	Lorella Bergamin
Email Referente (Unico)	lorella.bergamin@oirmsantanna.piemonte.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Coordinatore infermieristico pediatrico Pneumologia
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Graziella Costamagna, Dirigente Servizio Assistenza; Rosalba Scisciola, Coordinatore Dipartimento Medicina Specialistica e NPI; Lorella Bergamin, Coordinatore Pneumologia; Cristiana Tinari, Infermiera pediatrica Pneumologia; Franca Desiati, Coordinatrice Patologia Medica e Diabetologia; Donatella Fortunato, Infermiera pediatrica Patologia medica e Diabetologia; Leonarda Daraio, Coordinatrice Nefrologia e dialisi; Paola Caricari, Infermiera pediatrica Dialisi; Susanna Ogliero, Coordinatrice Neuropsichiatria; Laura De Michelis, Infermiera pediatrica Neuropsichiatria
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	Le esperienze presentate rappresentano l'implementazione di quanto previsto dal PSN 2005-2008 e del POMI (Progetto obiettivo materno infantile) e dal PSR Piemonte 2007-2010. In Regione Piemonte esistono linee guida (DGR 41-5952 del 7.5.2002) sul modello integrato del servizio di cure domiciliari per adulti. L'Ospedale sta partecipando alla stesura di quelle per soggetti in età evolutiva.
Problema	Crescita del numero di minori che dovranno essere assistiti a domicilio per il miglioramento dell'assistenza neonatale e dell'assistenza alla patologie croniche e complesse. Su una popolazione di circa 10 milioni di bambini 0-17 anni compiuti quale quella italiana, circa 50.000 presentano una malattia genetica e/o disabilità complessa ovvero, su un totale di 58.750.000 abitanti in Italia, circa 850 bambini per milione di abitanti (ISTAT). In Italia, nell'anno scolastico 2005-2006, il tasso di prevalenza di bambini (6-15 anni) con certificazione di disabilità ai fini dell'integrazione scolastica è risultato del 2%, e si può ipotizzare che circa il 25% di questi bambini (pari quindi allo 0,5% della popolazione infantile) abbia una condizione "complessa".

Soluzione (tipo d'intervento)	<ul style="list-style-type: none"> ∞ Umanizzazione dell'assistenza attraverso la deospedalizzazione da ospedali per acuti, quindi creazione di reti assistenziali e di percorsi strutturati tra ASO e ASL o all'interno delle ASL atte a garantire la presa in carico di queste situazioni e a rispondere a questi bisogni emergenti. ∞ Presentazione di profili di intervento già operativi e di strumenti applicativi già in uso nell'ambito dell'insufficienza respiratoria cronica, delle malattie metaboliche e delle cerebropatie (schede di segnalazione di dimissione pediatrica, progetto di dimissione e Piano Assistenziale Individuale Pediatrico).
Risultati ottenuti	<ul style="list-style-type: none"> ∞ Alcuni protocolli operativi di percorso integrato della continuità assistenziale per pazienti minori infrasedicenni in regime di ricovero con alcune ASL territoriali. ∞ Numero in progressivo aumento negli anni di domiciliazioni, prevalentemente in ambito di insufficienza respiratoria cronica, dove l'esperienza è maggiormente consolidata. ∞ Prossima definizione da parte della Regione Piemonte di linee guida per l'età evolutiva. ∞ Riduzione di ricoveri inappropriati in ospedale per acuti.
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	<ul style="list-style-type: none"> ∞ Impegno degli operatori sanitari coinvolti (medici, infermieri, assistenti sociali, riabilitatori, psicologi) ospedalieri e territoriali. ∞ Tecnologia avanzata a domicilio. ∞ Formazione ed addestramento degli operatori a domicilio e del care giver.
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<ul style="list-style-type: none"> ∞ Reinserimento della famiglia e del bambino nella comunità sociale, dove bambino e genitori possano incominciare la loro vita insieme e sperimentare una progressiva riduzione dell'assistenza. ∞ Possibilità per i genitori di tornare a lavorare.
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>Presentazione delle singole esperienze nell'ambito di convegni medico-infermieristici specialistici. Presentazione a livello regionale nel 2007 al 1° seminario dell'Ospedale Infantile Regina Margherita "Il Bambino con patologia cronica: percorsi diagnostico-terapeutici".</p>

Titolo dell'esperienza	I fattori che sostengono e minacciano, nella pratica infermieristica italiana, la sostenibilità degli esiti delle cure infermieristiche.
Regione	Friuli Venezia Giulia
Azienda	Università degli studi di Udine
Città	Udine
Indirizzo Struttura	Viale Ungheria 18
Telefono	0432.590.926
Fax	0432.590.918
Referente (Unico)	Alvisa Palese
Email Referente (Unico)	alvisa.palese@uniud.it
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	P. De Lucia, M. Del Forno, I. Guardini, M. Mesaglio, R. Vesca, B. Boschetti, M. Noacco, D. Salmaso
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	<p>La letteratura sta evidenziando da tempo la rilevanza che le cure infermieristiche possono avere su alcuni esiti clinici. Avere infermieri quantitativamente sufficienti e qualitativamente in grado di offrire l'assistenza di cui i pazienti hanno bisogno, modifica gli esiti assistenziali. Tuttavia, considerati i diversi profili di ruolo, la diversa competenza infermieristica di base ed avanzata espressa anche dai diversificati percorsi formativi, e la particolarità dei sistemi organizzativi in cui la professione infermieristica italiana oggi lavora rispetto a quanto si osserva negli altri Paesi, non è del tutto chiaro se gli esiti documentati in letteratura possono essere attribuiti anche alle cure infermieristiche italiane.</p> <p>In particolare, non sono del tutto chiari i meccanismi (organizzativi, clinici e di integrazione con gli altri professionisti) che li determinano nel nostro contesto.</p> <p>Lavorare insieme per comprendere se e come gli esiti documentati dalla letteratura siano percepiti anche dagli infermieri italiani, e quali processi li determinano, è stata la finalità che ha determinato un progetto integrato tra l'Università degli studi di Udine - Corso di laurea Infermieristica - e il Servizio infermieristico dell'azienda Ospedaliero Universitaria Santa Maria della Misericordia (Udine).</p>
Problema	<p>Esiti positivi (compliance del paziente, funzionalità e recupero di capacità nelle attività di vita quotidiana dei pazienti, capacità di sviluppare self care) e negativi (lesioni da decubito, cadute, infezioni dei devices, malnutrizione, deterioramento clinico non riconosciuto tempestivamente) sono solo alcuni esempi di risultati attribuiti alle cure infermieristiche.</p> <p>Il concetto di "attribuzione" indica che quanto osservato sui pazienti dipende in larga misura da quanto gli infermieri hanno pianificato ed erogato: riconoscere tali esiti significa affermare che le cure infermieristiche determinano risultati tangibili.</p> <p>In Italia non abbiamo ancora verificato con gli infermieri esperti di clinica infermieristica se gli esiti documentati in letteratura sono coerenti con il profilo di ruolo agito e, soprattutto, non abbiamo ancora esplorato quali sono i processi organizzativi che li determinano/sostengono.</p> <p>Il modo di lavorare degli infermieri clinici italiani è molto diverso da quanto accade negli altri Paesi: gestiscono, di norma, molti più pazienti, sono spesso impegnati nella compensazione di carenze organizzative e di</p>

	<p>professionalità, supervisionano numerosi operatori di supporto.</p> <p>Per queste ragioni il problema che abbiamo voluto affrontare è il seguente: Quali sono i meccanismi operativi che sostengono gli infermieri italiani nell'assicurare gli esiti e quando, invece, tali esiti non sono sostenibili perchè i meccanismi organizzativi non sono supportivi?</p>
Soluzione (tipo d'intervento)	<p>Abbiamo adottato una strategia di ricerca qualitativa, che è diventata anche opportunità di formazione continua attraverso un progetto di formazione sul campo che è stato accreditato ECM.</p> <p>Sono stati intervistati 28 infermieri esperti di clinica; sono state analizzate insieme agli infermieri 25 cartelle infermieristiche di pazienti molto complessi dal punto di vista assistenziale segnalati dai coordinatori; sono stati realizzati tre focus group per far emergere quali sono i meccanismi che rendono sostenibili nella nostra pratica gli esiti che molti autori (Aiken et al 2002; Needleman et al 2002) hanno documentato.</p> <p>Abbiamo registrato e riascoltato le interviste in modo approfondito, imparando molto dai nostri colleghi infermieri esperti di clinica, apprezzando molto la loro competenza e la capacità di spiegarci che cosa occorre nella pratica quando gli infermieri devono scegliere tra due o più attività che minacciano esiti diversi; oppure, quando sono più orientati a proteggere il paziente dagli esiti negativi piuttosto che sviluppare quelli positivi e legati al ruolo dell'infermiere (ad esempio, sviluppare capacità di autocura).</p> <p>In particolare, ci siamo soffermati a capire in quali occasioni gli infermieri percepiscono che alcuni esiti non sono sostenibili rispetto alle risorse che hanno a disposizione e quali sono i meccanismi su cui potremmo intervenire per sostenerli.</p>
Risultati ottenuti	<p>Abbiamo sviluppato e condiviso con gli infermieri clinici esperti, i coordinatori infermieri dell'azienda ospedaliera universitaria Santa Maria della Misericordia e con altri <i>stakeholders</i>, la struttura che potrebbe costituire, in Italia, il punto di riferimento per esprimere la sostenibilità degli esiti attribuiti all'infermieristica dalla letteratura.</p> <p>Gli infermieri italiani non ritengono di avere una influenza solo sugli esiti positivi o negativi tipici dell'infermieristica, ma ritengono di influenzare anche le decisioni cliniche dei medici e i risultati del team multi professionale.</p> <p>Tuttavia, diversamente da quanto documentato in letteratura, i nostri infermieri ritengono che alcuni esiti debbano essere aggiustati rispetto alle condizioni del paziente ed alla sostenibilità della presa in carico della sua famiglia/<i>care givers</i>.</p> <p>Il set di esiti che gli infermieri hanno confermato, sono determinati da alcuni fattori specifici che attengono a quanto l'organizzazione nel suo complesso si dimostra supportiva; altri esiti dipendono da come la leadership infermieristica interviene per supportare gli infermieri; da quanto interviene nel coordinamento delle cure e da quanto, invece, il coordinamento delle cure è lasciato agli infermieri. Su questa ultima questione potrebbero emergere riflessioni future per aiutarci a chiarire la differenza tra la gestione dei processi organizzativi e la gestione dei processi infermieristici clinici.</p> <p>Infine, da quanto emerso dalla nostra esperienza, sono tre competenze cliniche aiutano gli infermieri a garantire gli esiti clinici attesi nei pazienti: diversamente da come è documentato in letteratura, la competenza clinica è articolata in <i>caring</i>, sorveglianza e <i>pressing</i>. Gli infermieri si prendono cura dei pazienti, sorvegliano l'andamento delle loro condizioni e agiscono</p>

	<p>intensificando le cure quando il paziente ha una traiettoria assistenziale negativa o diversa da quella prevista. Su questa questione è cruciale investire maggiormente nella formazione universitaria di base e nei contesti organizzativi: una chiara comprensione dei meccanismi che aiutano gli infermieri a sostenere gli esiti ci permetterà, in futuro, di definire quante risorse sono necessarie effettivamente, quando gli esiti sono determinati da quanti siamo, da come lavoriamo e da quanto siamo preparati.</p>
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<ul style="list-style-type: none">- Sviluppare una riflessione originale sugli esiti insieme agli infermieri clinici, facendo emergere a partire dalla loro pratica, il paradigma che distingue l'infermieristica italiana da quella degli altri Paesi ci aiuta a capire, pur tenendo alto il confronto con lo scenario clinico, scientifico, accademico, culturale, e professionale internazionale, la nostra specificità. Altri Paesi hanno rilevato una variabilità importante nei ruoli e nei processi organizzativi che sembrano influenzare gli esiti sui pazienti. Partire dagli infermieri clinici con un percorso di ricerca/formazione restituisce loro l'autorità di parlare di infermieristica, di pazienti e di esiti.- Sviluppare un progetto mettendo a disposizione gli strumenti della ricerca e della formazione, integrando il contributo dell'Università con quello dei Servizi Infermieristici, inoltre, rappresenta una esperienza che restituisce alla pratica (pazienti ed infermieri clinici) il ruolo di guida saggia di molte scelte, attuali e future.

Titolo dell'esperienza	Movimentazione centrata sulla persona "MCP". Una soluzione per contrastare il rischio da movimentazione manuale dei pazienti.
Regione	Lazio
Azienda	Casa di Cura Villa Immacolata
Città	Viterbo (Sammartino al Cimino)
Indirizzo Struttura	Str. Sammartinese 65/A
Referente (Unico)	Sonia D'Agostino
Email Referente (Unico)	personalvilla@libero.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Responsabile Ufficio Formazione Infermieri ed Ausiliari
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	<p>Progettazione e organizzazione della ricerca: S. Perticaroli, ISPEL; M. Ragonesi e A. Perrone, IGIEA; T. Nicolai, RSPP Casa di Cura "Villa Immacolata"; A. Mastrogregori, Direttore Sanitario Casa di Cura "Villa Immacolata"; S. Gemini, Dir. Area Infermieristica Casa di Cura "Villa Immacolata"; S. D'Agostino, Responsabile ufficio formazione infermieri ed ausiliari Casa di Cura "Villa Immacolata"; La ricerca è stata sperimentata da un gruppo di 24 tra infermieri e coordinatori provenienti dai diversi reparti della Casa di Cura "Villa Immacolata".</p>
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Relazionale Formativo
Altro (specificare)	<p>La Casa di Cura "Villa Immacolata" è un presidio sanitario multifunzionale, fornisce servizi di degenza in reparti di riabilitazione, lungodegenza medica, lungodegenza ad alta intensità, residenza sanitaria assistenziale di degenza a regime diurno e ambulatoriale dedicato alla riabilitazione. Le prestazioni sono convenzionate con il SSN in funzione delle autorizzazioni con la ASL che periodicamente ne verifica l'efficacia e l'appropriatezza in base alle normative vigenti. Il trattamento del paziente è basato sul massimo recupero dell'autonomia personale e sociale, in osservanza alle linee guida sulla riabilitazione del Ministero della Salute del maggio 1998. L'associazione IGIEA nasce nel 1995 con l'obiettivo di svolgere attività di ricerca nell'ambito della sicurezza sul lavoro in sanità. Dal 2000 ad oggi ha attivato un'intensa collaborazione scientifica con l'ISPEL e il collegio IPASVI di Roma ed altri, avviando progetti di ricerca nelle aziende ospedaliere romane S. Andrea, S. Pietro-Fatebenefratelli e S. Camillo-Forlanini.</p>
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	<p>In questo contesto l'associazione IGIEA ha esplicitato il modello concettuale alla base della strategia prevenzionistica italiana, basato su 7 categorie di fattori di rischio (modello ergonomico) ed elaborato un modello professionale alternativo (movimentazione centrata sulla persona) basato su 11 categorie di fattori di rischio. Il nuovo modello identifica 67 nuovi fattori di rischio, 30 dei quali legati alle nuove 4 categorie.</p> <p>Lo studio sperimentale condotto in collaborazione con l'ISPEL presso l'azienda ospedaliera S. Camillo-Forlanini di Roma ha permesso di verificare la validità del modello IGIEA della "movimentazione centrata sulla persona" e di misurare puntualmente la riduzione dello sforzo fisico (- 39%) rispetto all'utilizzo del modello ergonomico; contestualmente, in uno studio laboratoriale, è stato possibile verificare che l'introduzione di ausili per</p>

	<p>l'autonomia produce un'ulteriore riduzione dello sforzo del 40%. Al fine di perseguire l'appropriatezza dell'assistenza, l'ufficio formazione della casa di cura ha implementato lo stesso percorso al suo interno con l'obiettivo di rilevare in un contesto specifico, quale quello riabilitativo, la validità dello studio. I risultati in cifre sono in via di elaborazione, ma da una prima valutazione appare chiaro che in larga misura rispecchiano quelli dell'esperienza precedente.</p>
Problema	<p>Applicare la normativa in materia di sicurezza, nello specifico della prevenzione dei rischi legati a Movimentazione Manuale della Persona (MMP), coerentemente con la normativa che regola e indirizza l'esercizio della professione infermieristica, i diritti del malato, il patto infermiere-cittadino in un contesto riabilitativo.</p>
Soluzione (tipo d'intervento)	<p>Il percorso formativo è diviso in due fasi: la prima prevede l'applicazione delle tecniche di movimentazione su un campione di malati standardizzato per caratteristiche legate al grado di dipendenza (Braden); la seconda prevede l'applicazione del modello IGIEA (sullo stesso campione standardizzato di pazienti) della movimentazione centrata sulla persona. Per entrambe le fasi è previsto l'utilizzo di uno strumento (Borg) di rilevazione dello sforzo fisico che permette l'analisi dei risultati (obiettivo di ricerca) e il rafforzamento della motivazione al cambiamento da parte degli infermieri coinvolti (obiettivo formativo).</p>
Risultati ottenuti	<p>La sperimentazione guidata dall'Associazione ha confermato che il modello olistico IGIEA riduce lo sforzo fisico degli infermieri nell'esecuzione di attività confrontate rispetto al modello bio-meccanico.</p> <p>Tutti i partecipanti alla sperimentazione, oltre all'acquisizione di 24 crediti ECM, si sono misurati con un modello innovativo che può guidare qualsiasi attività quotidiana svolta in ambito infermieristico.</p>
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	<p>Per l'effettuazione del percorso descritto è stato necessario spendere 12 ore di formazione in aula per ciascun dipendente; la sperimentazione sul campo, ovviamente, si è svolta durante il normale turno lavorativo.</p> <p>Inoltre la struttura ha sostenuto i costi dell'accREDITAMENTO ECM e le ore di docenza dovute ai due membri della società IGIEA.</p>
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<p>L'affermazione del modello professionale sul modello ergonomico è determinante per avviare un processo di cambiamento delle strategie preventive in Italia.</p> <p>Le evidenze scientifiche prodotte dalla sperimentazione (azienda ospedaliera S. Camillo-Forlanini nel 2007/2008) hanno consentito la creazione di un nuovo strumento di valutazione dei rischi la cui applicazione richiede l'utilizzo di competenze professionali infermieristiche.</p> <p>Questa peculiarità, unita all'efficacia del nuovo strumento, ha consentito l'affermazione degli infermieri che operano presso la nostra struttura, nel processo di mobilitazione del paziente.</p>

Eventuali note

La sicurezza nelle attività di movimentazione del malato, nel modello IGIEA, si lega indissolubilmente ad un intervento di promozione dell'autonomia della persona da assistere, condizione indispensabile in ambito riabilitativo. In questo specifico settore l'effettuazione di un intervento assistenziale sovradimensionato e non appropriato in termini di forza e di risorse umane ed economiche può inficiare i risultati dell'intero intervento sanitario.

Titolo dell'esperienza	Costituzione di un gruppo infermieristico di ricerca e sviluppo.
Regione	Marche
Azienda	Zona Territoriale n. 7
Dipartimento/i	Salute Mentale
Città	Ancona
Indirizzo Struttura	Via de Gasperi 52
Telefono	071.87.05.945
Fax	071.87.05.937
Referente (Unico)	Giuliana Moretti
Email Referente (Unico)	moretti.giuliana@asurzona7.marche.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Coordinatrice Attività Assistenziali Dipartimentali
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Vianella Agostinelli, Letizia Tesei.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo
Altro (specificare)	La ricaduta del progetto investe diversi settori, ma l'ambito prevalente è quello organizzativo e clinico-assistenziale.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	I "Progetti Obiettivo Tutela Salute Mentale" nazionali e regionali, enfatizzano la necessità di orientare l'attività del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dal miglioramento continuo della qualità, intesa nella sua accezione più ampia (tecnico-professionale, percepita e manageriale). Tra gli interventi, è prevista, a tale scopo, l'applicazione delle strategie terapeutiche giudicate di maggiore efficacia, alla luce dei criteri della medicina basata sulle evidenze scientifiche (Evidence Based Medicine).
Problema	<p>Analisi delle criticità di base nel DSM:</p> <ul style="list-style-type: none"> > disomogeneità d'intervento all'interno delle unità operative del DSM; > diversità di formazione, specializzazione ed esperienza degli infermieri; > attività infermieristica scarsamente supportata da evidenze scientifiche; > carenza di una cultura professionale orientata alla qualità professionale, intesa come scelta appropriata e all'esecuzione corretta degli interventi specifici della professione infermieristica, alla luce dei principi dell'assistenza sanitaria basata sulle evidenze. <p>Identificazione delle risorse disponibili:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. presenza di operatori disponibili a promuovere cambiamento; 2. presenza operatori con formazione specifica su EBN e metodologia della ricerca; 3. spinta motivazionale alla ricerca della qualità professionale.
Soluzione (tipo d'intervento)	<p>Obiettivi dell'intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> > evidenziare le criticità nell'operatività quotidiana; > ricercare le migliori modalità operative, fondate su evidenze scientifiche;

	<p>> produrre strumenti di standardizzazione assistenziale (protocolli, procedure).</p> <p>L'intervento prevede la costituzione di un gruppo stabile infermieristico di ricerca e sviluppo, composto da un coordinatore del gruppo e due referenti per lo sviluppo delle funzioni di ricerca, che si integra ed arricchisce della collaborazione di gruppi di lavoro a progetto, a cui partecipano, oltre al gruppo stabile, infermieri interessati e/o coinvolti dal tema del progetto. È prevista inoltre la presenza di gruppi di lavoro per la diffusione conoscenze ed esperienza capitalizzate.</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>Il Gruppo è stato costituito formalmente nel corso del 2007 ed ha già capitalizzato risultati soddisfacenti nei seguenti ambiti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ricerca. Effettuate revisioni della letteratura su temi d'interesse, eseguite indagini conoscitive sul pregiudizio che colpisce gli infermieri che operano nel campo della salute mentale e sulla qualità di vita della persona che soffre di disturbi depressivi (criticità nelle sfere di vita quotidiana); 2. benchmarking. Contatti e confronti, relazioni a congressi, pubblicazioni e gestione dello spazio riservato nel sito aziendale; 3. gruppi di miglioramento; 4. audit clinico su qualità della documentazione clinica-assistenziale e sulla revisione della documentazione infermieristica con elaborazione di un nuovo modello di accertamento; <p>Elaborazione percorso clinico-assistenziale per persona con disturbi psichici che chiede intervento al Pronto Soccorso.</p>
<p>Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)</p>	<p>Non sono stati sostenuti costi aggiuntivi, in quanto l'attività del gruppo si è sviluppata prevalentemente durante l'orario di servizio.</p>
<p>Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)</p>	<p>I benefici capitalizzati dall'iniziativa, nata inizialmente grazie alla buona volontà di pochi sostenitori, ed oggi allargata a sempre più numerosi colleghi, sono visibili:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nell'ambito della funzione organizzativa (grazie alla elaborazione e sperimentazione di modelli assistenziali, protocolli e percorsi assistenziali; contributo significativo nella revisione della cartella infermieristica); 2. nella funzione di scanning, il gruppo ha gestito e divulgato informazioni tratte dalla letteratura di interesse; 3. nell'ambito della funzione assistenziale, ha effettuato ricerche volte alla definizione di procedure, protocolli e standard assistenziali.

Titolo dell'esperienza	Dossier formativo individuale o di gruppo ECM
Regione	Marche
Azienda	Agenzia Sanitaria Regionale Marche
Dipartimento/i	Area Formazione ECM
Città	Ancona
Indirizzo Struttura	Via Gentile da Fabriano 3
Telefono	071.80.64.057
Fax	071.80.64.056
Referente (Unico)	Beatrice Marchionni
Email Referente (Unico)	beatrice.marchionni@sanita.marche.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiera Coordinatrice Centro Formazione Permanente ASUR 3 Marche
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	D.ssa Maria Paola Bacchielli, Psicologa Coordinatrice Commissione Tecnica ECm Regione Marche; D.ssa Beatrice Marchionni, Infermiera Coordinatrice Centro Formazione ZT 3 Fano ASUR Marche; D.ssa Federica Pediconi, Psicologa Commissione Tecnica ECM Regione Marche.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Formativo
Altro (specificare)	La formazione con l'Educazione Continua in Medicina (ECM) rappresenta una grande opportunità di crescita, di miglioramento e di arricchimento culturale per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e per tutte le sue componenti. L'aver introdotto, dopo circa venticinque anni dalla nascita del SSN, un sistema obbligatorio di formazione continua per tutti i professionisti della sanità, significa aprire una nuova strada all'organizzazione sanitaria, che attraverso il diritto/dovere del singolo a mantenere efficienti e aggiornate le proprie conoscenze, contribuisce a realizzare una nuova cultura organizzativa.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	Il primo programma nazionale di Educazione Continua in Medicina (ECM) disciplinato dal 1992 è stato avviato in Italia nel 2002. Ha coinvolto, anche se in modo disomogeneo, le strutture e tutti gli operatori della sanità di tutto il paese. Il primo ciclo di sperimentazione di cinque anni, prorogato a sei, si è concluso con la fine del 2007. Anche la fase di revisione dei meccanismi e delle regole generali di funzionamento, sta per concludersi per avviare la fase a regime che è compresa nel triennio 2008/2010. Nell'ultimo accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2007 vengono predisposte una serie di azioni per il riordino del sistema ECM, tra le più importanti la costituzione del "Dossier formativo individuale" (o di gruppo) per tutti i professionisti sanitari in cui includere la programmazione dei percorsi formativi, la documentazione sulle tappe e la valutazione.
Problema	Predisposizione/costruzione di un dossier formativo ECM che può essere definito come strumento per promuovere e valutare i percorsi formativi dei professionisti in modo che siano coerenti con la programmazione aziendale e lo sviluppo personale e professionale.

Soluzione (tipo d'intervento)	<ul style="list-style-type: none"> - Raccolta di esperienze maturate in quest'ambito e documentazione utile alla costruzione del dossier. - Integrazione della scheda "percorso formativo" presente nel Service Informatizzato Regionale. La Regione ha avviato dal marzo 2005 l'accreditamento dei progetti formativi, attraverso un service informatizzato unico per tutta la regione, è possibile quindi da parte dei Centri di Formazione delle Zone territoriali, delle Aziende Ospedaliere e dell'INRCA, accreditare, gestire e monitorare i processi formativi. Il sistema è agganciato all'anagrafica regionale dei dipendenti, rendendo così possibile acquisire titoli di studio, qualifiche e stato di servizio di ciascun dipendente, ma anche il percorso formativo attraverso la registrazione dei corsi frequentati sia in sede (aziendali) che fuori sede (esterni).
Risultati ottenuti	<p>La predisposizione di un prototipo informatizzato di dossier formativo è utile per il governo consapevole e coerente dell'attività formativa ECM. Successivamente può essere utilizzato per sperimentare una metodologia di bilancio delle competenze efficace per l'analisi del fabbisogno individuale e di unità operativa e la valutazione dei percorsi formativi individuali in relazione ai profili professionali di appartenenza.</p> <p>Inoltre ogni dipendente, attraverso la consultazione/utilizzazione del proprio dossier formativo, può sentirsi partecipe nell'organizzazione della formazione professionale, coniugando i propri bisogni formativi con quelli di contesto di lavoro e vivere nell'organizzazione in modo più coerente.</p>
Eventuali note	<p>L'attività di formazione continua è la caratteristica indispensabile per qualsiasi organizzazione che abbia lo scopo primario di mantenere efficaci ed adeguate le competenze e le conoscenze del personale. Questo aspetto si evidenzia, in particolare, nella Sanità dove la variabile umana è la risorsa più importante per garantire "performance" di qualità.</p> <p>L'apprendimento è un processo individuale, della singola persona prima che del professionista, ma è necessariamente anche la definizione di un progetto che parte dalle mutevoli esigenze delle organizzazioni sanitarie per definire la natura delle competenze di cui il sistema ha necessità. In questo senso l'apprendimento della persona/professionista è parte integrante dello sviluppo strategico delle strutture sanitarie.</p> <p>Nella struttura sanitaria il processo produttivo coincide con il momento dell'erogazione dell'assistenza, gli stessi operatori, nel mentre si fanno artefici della relazione assistenziale tra servizi e assistiti, sono capaci di influenzare direttamente i caratteri quantitativi e qualitativi delle prestazioni. Per operare questa integrazione da parte delle competenze dei professionisti, tra struttura e processo, il sistema ECM prevede tre strumenti con un ruolo determinante: la predisposizione di un dossier formativo individuale o di gruppo, il piano di formazione aziendale, il rapporto sulla formazione aziendale.</p>

Titolo dell'esperienza	...il sorriso non abita più a casa nostra...Cosa i bambini vogliono sapere quando un loro genitore è depresso.
Regione	Marche
Azienda	Zona Territoriale n. 7
Dipartimento/i	Salute Mentale
Unità operativa/e	Centro Salute Mentale Sud
Città	Ancona (Osimo)
Indirizzo Struttura	Via de Gasperi 52
Telefono	071.13.08.26
Referente (Unico)	Vianella Agostinelli
Email Referente (Unico)	vianella28@libero.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiera coordinatrice
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Letizia Tesei, Valentina Novelli, Marisa Boccolini, Gaspare Pizzo, Roberto Gagliardini, Roberto Verdolini.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Relazionale
Altro (specificare)	Il Progetto presentato è orientato verso la buona pratica clinica, che nel settore specifico della salute mentale, si sviluppa in modo specifico nell'ambito relazionale-educativo.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	<p>I dati epidemiologici evidenziano che la probabilità di sviluppare un disturbo affettivo nei figli di un genitore con depressione, è quattro volte superiore a quella dei figli di genitori sani, e che il 61% dei figli delle persone depresse sviluppa nel corso del tempo un disturbo psicologico.</p> <p>In aggiunta, dati di meta-analisi evidenziano che il 28% dei pazienti con depressione maggiore ha avuto il primo episodio entro i 18 anni d'età.</p> <p>Dagli articoli selezionati emerge che, nonostante i dati disponibili depongano per la necessità di interventi preventivi nella popolazione di bambini a rischio, i servizi di salute mentale dedicano scarsa attenzione ai figli di pazienti con depressione.</p> <p>Gli interventi, quando disponibili, sono rivolti ai bambini già affetti da depressione e rappresentano dunque più trattamenti precoci che forme di prevenzione primaria.</p> <p>Le ricerche documentano l'efficacia degli interventi psicoeducativi familiari, i quali includono un lavoro cognitivo-comportamentale sulle capacità di <i>coping</i> del nucleo familiare nei confronti degli eventi stressanti, in associazione a informazioni dettagliate sulla patologia del paziente e sui trattamenti disponibili.</p>
Problema	<p>Da uno studio osservazionale condotto sulle cartelle infermieristiche compilate su persone che presentano disturbi depressivi e che vivono in famiglia con figli minori, dall'accertamento infermieristico, condotto secondo il modello funzionale di salute elaborato da M. Gordon, si evidenziano più spesso le seguenti diagnosi infermieristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - incapacità di assolvere al proprio compito genitoriale e/o coniugale; - sensazione di non essere capito dai familiari nella propria esperienza di malattia; - difficoltà a far capire ai familiari l'entità della sofferenza vissuta.

	<p>Inoltre, si rileva in modo percettivo un'insoddisfazione degli infermieri sugli outcomes relativi agli interventi effettuati, e si sottolinea la necessità di un maggiore coinvolgimento delle famiglie nel progetto.</p>
<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<p>L'obiettivo è di migliorare l'efficacia degli interventi infermieristici rivolti alle persone con disturbo depressivo, che vivono con figli minori e che manifestano relazioni familiari alterate legate a mancanza di informazioni. Tra le strategie prese in considerazione, quella ritenuta al momento più idonea al raggiungimento dell'obiettivo prefissato, è stata l'utilizzo di un opuscolo informativo a supporto degli interventi infermieristici.</p> <p>L'obiettivo dell'opuscolo è quello di aiutare la persona depressa e/o il <i>caregiver</i> a condividere con il nucleo familiare i propri vissuti legati all'esperienza depressiva, ed anche di aiutare i figli minori della persona depressa ad acquisire maggiori informazioni per affrontare le difficoltà legate all'esperienza di malattia del proprio genitore.</p> <p>Il target a cui rivolgere l'opuscolo informativo è rappresentato da persone in carico dal CSM per problemi depressivi, con diagnosi infermieristica di relazioni familiari alterate, legate a cambiamento dei ruoli, o a mancanza di informazioni sulla malattia, il cui nucleo familiare sia composto anche da figli minori.</p> <p>Per quanto concerne la distribuzione, questa avverrà a cura dell'infermiere referente del caso, o direttamente all'utente, oppure al <i>caregiver</i>. L'utilizzo di questo strumento viene comunque condiviso e concordato con l'intera équipe referente del caso, all'interno di un percorso multidisciplinare pianificato.</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>Il metodo di valutazione dei risultati raggiunti consta di una verifica sugli outcomes degli interventi infermieristici, a distanza di sei mesi e dodici mesi, dalla distribuzione dell'opuscolo, utilizzando indicatori e criteri di qualità precedentemente identificati. Inoltre, è stato inserito un breve questionario di gradimento nell'opuscolo informativo, da riconsegnare, dall'utente stesso o da un suo familiare, nelle visite di controllo successive, al fine di sondare la percezione circa l'utilità e la comprensione dell'opuscolo stesso da parte di coloro che lo hanno utilizzato.</p>
<p>Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)</p>	<p>Non sono stati sostenuti costi aggiuntivi per l'elaborazione del progetto. Per la stampa dell'opuscolo, ci si avvarrà della collaborazione dell'URP dell'Azienda Sanitaria di appartenenza.</p>
<p>Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)</p>	<p>Il progetto di miglioramento presentato è ancora in corso di sperimentazione, pertanto non è possibile presentare risultati concreti dell'iniziativa. Nello specifico, dal momento che la letteratura scientifica evidenzia l'importanza di un lavoro cognitivo-comportamentale, come l'utilizzo di interventi psicoeducativi familiari, per migliorare la capacità di coping del nucleo familiare nei confronti degli eventi stressanti, si sottolinea la necessità di effettuare uno specifico percorso formativo, al fine di apprendere le specifiche conoscenze per poi tradurle in competenze, in merito agli interventi psicoeducativi da utilizzare nella pratica infermieristica.</p>

**Esperienze di
trasferimento/Diffusione**

Una volta verificati e concretizzati i risultati dell'iniziativa, sarà necessario diffonderli e condividere l'esperienza con altri infermieri, impegnati nel complesso ambito della salute mentale.

Titolo dell'esperienza	Le vie del Benessere
Regione	Marche
Azienda	Zona Territoriale n.7
Dipartimento/i	Salute Mentale
Unità operativa/e	Centro Salute Mentale Sud
Città	Ancona (Osimo)
Indirizzo Struttura	Via de Gasperi 52
Telefono	071.71.30.826
Referente (Unico)	Vianella Agostinelli
Email Referente (Unico)	vianella28@libero.it
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Letizia Tesei, Valentina Novelli, Marisa Boccolini, Roberto Gagliardini.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Relazionale
Altro (specificare)	L'impatto di questo progetto, che appare orientato alla buona pratica professionale, nel settore della salute mentale investe fortemente anche l'ambito relazione, in quanto il professionista diventa "Strumento" attraverso cui.....(<i>omissis</i>).
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	L'assunzione di farmaci antipsicotici ed antidepressivi determina un maggior rischio di sviluppare diabete di tipo 2, malattie cardiovascolari e sindrome metabolica (Reyan and Thakore 2002). La dieta squilibrata, il fumo di sigaretta, gli abusi alcolici, la vita sedentaria, rappresentano elementi disfunzionali dello stile di vita più spesso riscontrato in chi soffre di disturbi psichici gravi (Brown et all, 1993), che favoriscono l'insorgenza di malattia. Il trattamento con antipsicotici, spesso associato ad un significativo aumento di peso (Allison et all., 1999), aumenta il rischio di stigma ed è stato identificato come causa di non aderenza al trattamento farmacologico (Narsallah and Mullvihill, 2001; Ricascus, 2001). La letteratura internazionale pone gli interventi tipo psicoeducazionale come quelli di provata efficacia verso le problematiche sopra enunciate.
Problema	In linea con gli orientamenti della letteratura internazionale, è stato rilevato che, anche gli utenti in carico al CSM Sud per disturbi psichici, manifestano comportamenti disfunzionali alla salute, così come rilevato anche dall'accertamento infermieristico, eseguito utilizzando i modelli di M.Gordon. Inoltre, all'assunzione di farmaci antipsicotici, spesso si associa un significativo aumento di peso, tale da determinare una sospensione della terapia stessa, o comunque una non aderenza al regime farmacologico, che si traduce in una riacutizzazione della sintomatologia, con conseguente rischio di ricovero.
Soluzione (tipo d'intervento)	La strategia d'intervento individuata e sperimentata, è stata adottare un programma di trattamento di tipo psicoeducativo, il cui obiettivo generale è quello di fornire ai partecipanti conoscenze teoriche e pratiche, utili al raggiungimento di uno stile di vita sano.

	<p>Target: utenti e familiari in carico al CSM Sud, in trattamento farmacologico, che presentano BMI uguale o superiore a 25 (sovrappeso-obesità lieve e moderata), o che presentano alterazione quali-quantitative del modello nutrizionale metabolico o dell'attività ed esercizio fisico.</p> <p>Metodo: si ispira ad un intervento riabilitativo di gruppo, di tipo psicoeducazionale elaborato da Littrell, un'infermiera americana, e condotto da due infermieri per ogni gruppo di utenti.</p> <p>Durata: prevede circa 20 incontri a cadenza settimanale della durata di circa due ore; il coinvolgimento dei familiari rappresenta un elemento strategico per la riuscita del programma.</p>
Risultati ottenuti	<p>Si può affermare che l'intervento infermieristico ha determinato, in termini di risultati, l'acquisizione di uno stile di vita sano, la riduzione del peso corporeo (in media circa 3,2 kg), il miglioramento del livello di autostima e di cura di se e una migliore funzionalità delle relazioni interpersonali, da parte delle persone a cui l'intervento è stato rivolto. Risultati significativi anche per l'organizzazione in termini di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - razionalizzazione delle risorse, grazie ad interventi di gruppo; - acquisizione di nuove competenze specifiche di tipo psicoeducazionale per il gruppo infermieristico; - soddisfazione di bisogni specifici degli utenti, fino a quel momento non presi in considerazione; - miglioramento della motivazione professionale.
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	<p>Non sono stati sostenuti costi aggiuntivi, in quanto il programma è stato condotto prevalentemente in orario di servizio ordinario, grazie ad una riorganizzazione delle attività routinarie.</p>
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<p>Questa esperienza, nata nel contesto specifico della salute mentale, ha sottolineato la necessità per i servizi che si occupano di salute, di farsi carico della persona nella sua globalità. Si rendono necessari pertanto interventi che prendano in considerazione tutti gli aspetti della salute (fisica, mentale e sociale), così come ribadito dalla definizione di salute dell'OMS.</p>
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>È previsto un incontro formativo con i colleghi delle altre unità operative dipartimentali, per valutarne la diffusione e sensibilizzare i colleghi sul tema.</p>

Titolo dell'esperienza	Nuovo modello di accertamento infermieristico per la valutazione delle aree problematiche della persona che soffre di un disturbo psichico.
Regione	Marche
Azienda	Zona Territoriale n. 7
Dipartimento/i	Salute Mentale
Città	Ancona
Indirizzo Struttura	Via de Gasperi 52
Telefono	071.71.30.826
Referente (Unico)	Vianella Agostinelli
Email Referente (Unico)	vianella28@libero.it
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Letizia Tesei, Giuliana Moretti.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo
Altro (specificare)	Progetto di miglioramento della qualità organizzativa.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	Profilo Professionale; Codice deontologico; Percorsi Formativi; Revisione della letteratura, dove si rileva con chiarezza come la classificazione dei fenomeni di interesse infermieristico, può facilitare la comprensione del campo d'azione dell'infermiere, contribuendo alla definizione di un suo linguaggio specifico, e dimostrando la sua utilità soprattutto nella fase di accertamento.
Problema	Le equipe infermieristiche dei tre Centri di Salute Mentale (CSM) che compongono il Dipartimento, evidenziano difficoltà comuni, in relazione a: <ul style="list-style-type: none"> - inadeguatezza dell'attuale strumento utilizzato per l'accertamento, che male evidenzia le aree di specifica pertinenza infermieristica; - disomogeneità nel procedere alla pianificazione assistenziale, anche tra professionisti della medesima Unità Operativa; - difficoltà di formulare le diagnosi infermieristiche con metodologia che fornisca oggettività alla rilevazione dei dati.
Soluzione (tipo d'intervento)	Costituzione di un Gruppo infermieristico di Miglioramento, formato da due infermieri appartenenti ai tre diversi ambiti territoriali dei CSM, e dal Gruppo di Ricerca e Sviluppo del Dipartimento di salute Mentale (DSM) al fine di: <ul style="list-style-type: none"> - analizzare le aree di criticità attuale; - revisionare la letteratura di riferimento, soprattutto in materia di accertamento infermieristico; - uniformare un quadro concettuale di riferimento, patrimonio di tutti gli infermieri che operano sul territorio del DSM (la scelta è ricaduta sul modello funzionale di M. Gordon); - diffondere le nuove conoscenze ai colleghi, stimolando confronto ed integrazione; - elaborare un modello di accertamento condiviso, più rispondente alle esigenze attuali del gruppo professionale; - integrare l'attuale cartella infermieristica con il nuovo strumento.

Risultati ottenuti	<p>La scelta del modello di accertamento per il DSM, si è soffermata sul modello funzionale di Gordon, assunto come metodologia per la raccolta ordinata e l'interpretazione accurata delle informazioni sullo stato di salute della persona.</p> <p>Questa scelta ha consentito di applicare nella pratica assistenziale, anche collegamenti con i diversi modelli teorici utilizzati come riferimento, specie per la scelta degli interventi infermieristici (Peplau, Orem).</p> <p>Nella pratica, il lavoro del gruppo di miglioramento, si è concretizzato con l'integrazione della cartella infermieristica con una scheda di accertamento delle aree disfunzionali della persona. Il cambiamento ha coinvolto le equipe infermieristiche dei tre Centri di Salute Mentale.</p>
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	<p>Il gruppo di miglioramento ha operato nell'orario ordinario di lavoro, consentendo di non sostenere costi aggiuntivi.</p>
Esperienze di trasferimento/ Diffusione	<p>Dopo il periodo di sperimentazione dello strumento di accertamento nei tre CSM (previsti sei mesi), l'esperienza sarà sottoposta a valutazione ed eventuale implementazione definitiva, in caso di accertata validità dello strumento. L'esperienza sarà in seguito allargata anche alle altre unità operative del DSM.</p>

Titolo dell'esperienza	Progetto d'intervento educativo integrato, rivolto ad utenti con diagnosi di depressione, in trattamento farmacologico.
Regione	Marche
Azienda	Zona Territoriale n. 7
Dipartimento/i	Salute Mentale
Unità operativa/e	Centro Salute Mentale Sud
Città	Ancona (Osimo)
Indirizzo Struttura	Via de Gasperi 52
Telefono	071.71.30.826
Referente (Unico)	Letizia Tesei
Email Referente (Unico)	letizia.tesei@hotmail.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiera
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Vianella Agostinelli
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico
Altro (specificare)	L'orientamento è rivolto all'implementazione delle best practices, puntando al miglioramento della qualità tecnico-professionale.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	<p>Secondo l'OMS, l'educazione terapeutica del paziente è "un'attività finalizzata ad aiutare il paziente e la sua famiglia a capire la natura della malattia e dei trattamenti, a collaborare attivamente alla realizzazione di tutto il percorso terapeutico e a prendersi cura del proprio stato di salute per mantenere e migliorare la propria qualità di vita".</p> <p>L'educazione terapeutica è pertanto una pratica complessa ma irrinunciabile nell'attuale contesto sanitario, che presuppone l'esistenza di una corretta informazione e di un buon livello di comunicazione tra paziente e curante.</p> <p>Pertanto, anche nell'ambito della salute mentale, non può essere più concepita come evento occasionale lasciato alla buona volontà del singolo professionista, ma un'impegnativa sfida, che si deve realizzare attraverso un approccio metodologico rigoroso che implica la successione di più fasi che vanno dalla "diagnosi" educativa, alle strategie educative d'insegnamento fino alla valutazione e verifica del risultato.</p>
Problema	<p>Dall'analisi della letteratura e della documentazione clinica ed infermieristica del Centro di Salute Mentale (CSM) Osimo, è emerso che la condizione depressiva è spesso accompagnata ad una scarsa compliance. I pazienti tendono ad assumere farmaci antidepressivi quando si sentono depressi e non quando si sentono meglio ed è opinione diffusa che periodicamente è necessario concedere una pausa al corpo nell'assunzione degli antidepressivi, per evitare la "dipendenza".</p> <p>Tale atteggiamento verso i farmaci, fa sì che il 50% dei pazienti depressi interrompa la terapia prematuramente entro le prime 10 settimane.</p> <p>L'importanza dell'impatto clinico della scarsa compliance è ovvia: discontinuità dei sintomi, incidenza maggiore degli eventi negativi e durante la fase acuta, diminuzione dell'efficacia in termini di mancanza di risposta, (pseudo) resistenza e (pseudo) perdita d'efficacia.</p>

	<p>Il gruppo infermieristico del CSM di Osimo si è fatto carico di tale problematica, oggettivabile nell'ambito assistenziale nella diagnosi infermieristica della NANDA; "Inefficace gestione del regime terapeutico" progettando un intervento educativo in quanto previsto come intervento principale nella classificazione NIC.</p>
<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<p>La strategia considerata utile alla risoluzione del problema è rappresentata dall'adozione di interventi educativi infermieristici specifici, individuali e/o di gruppo.</p> <p>Gli obiettivi dell'intervento educativo sono stati suddivisi in obiettivi di conoscenza, di comportamento e di atteggiamento.</p> <p>Target: 10 utenti presi in carico dal CSM con diagnosi di depressione in trattamento farmacologico presso l'ambulatorio infermieristico della medesima unità operativa. All'interno del CSM sono stati individuati tre infermieri esperti (specifica formazione ed esperienza lavorativa) ed un medico psichiatra che parteciperanno attivamente al progetto.</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>L'atteggiamento verso la terapia farmacologica sarà valutato attraverso la scala ROMI somministrata pre-intervento e post-intervento.</p> <p>Prima della distribuzione dell'opuscolo informativo sarà somministrato un questionario che riproposto al termine del terzo step permetterà di verificare il raggiungimento degli obiettivi di conoscenza.</p> <p>Il comportamento gestuale e le capacità interpersonali saranno valutati direttamente durante gli incontri periodici costruendo un'apposita griglia di valutazione.</p> <p>Gli indicatori di risultato (interruzione di terapia, n. di episodi acuti) saranno valutati a distanza di un anno dall'inizio del progetto.</p>
<p>Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)</p>	<p>L'intervento educativo verrà attuato in sede ambulatoriale in orario di servizio per cui non si prevedono oneri finanziari aggiuntivi.</p>
<p>Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)</p>	<p>La sperimentazione di questo progetto d'intervento educativo e la valutazione della sua efficacia in termini di miglioramento della compliance, permetterà, in caso di risultati positivi, di contestualizzare tale intervento come trattamento di buona pratica clinica all'interno del Centro di Salute Mentale di Osimo.</p>

Titolo dell'esperienza	Adozione della cartella infermieristica nelle pediatrie ospedaliere.
Regione	Puglia
Azienda	Agenzia Regionale Sanitaria (ARes) Puglia
Dipartimento/i	Area Qualità Formazione e Accreditamento
Città	Bari
Indirizzo Struttura	Via Caduti di tutte le guerre 15
Telefono	080.54.03.214
Fax	080.54.03.411
Referente (Unico)	Dott. A. Aquilino – D.ssa Infermiera pediatrica C. Marseglia
Email Referente (Unico)	a.aquilino@arespuglia.it; qualita.poliba@libero.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Responsabile area qualità ARES - Coordinatrice progetto CIP
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Autori: Ambrogio Aquilino; Carmela Marseglia, Francesca Avolio, Maria Grazia Foschino Barbaro, Rossella Lippolis. Affiliazione: Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia; Ufficio Qualità, Accreditamento Azienda Ospedaliera Policlinico Bari; Servizio di Psicologia Ospedale Pediatrico “Giovanni XXIII” Bari.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico
Altro (specificare)	Adozione di un modello unitario di cartella infermieristica pediatrica, in grado di documentare sia la dimensione “oggettiva” delle prestazioni sanitarie sia il versante “soggettivo” in ordine alle istanze etiche di umanizzazione e personalizzazione dei servizi.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	L'Agenzia Regionale Sanitaria (ARes) Puglia con delibera n. 125 del 25 novembre 2004, in attuazione delle disposizioni di cui all'art. 14 del D.L.vo 502/92 e successive modifiche e integrazioni, ha adottato un Programma Regionale di Umanizzazione delle Pediatrie Ospedaliere, nonché la Carta dei Diritti del Bambino. Obiettivo del Programma Regionale è quello di sostenere le buone pratiche e l'omogenea diffusione di un'assistenza pediatrica rispettosa dei bisogni psicofisici peculiari dell'infanzia e dell'adolescenza. Per la promozione di “Ospedale a misura di Bambino”, l'Agenzia Regionale Sanitaria ha individuato, tra le azioni strategiche prioritarie, l'adozione della cartella infermieristica pediatrica. La scelta di tale obiettivo è stata guidata dalla considerazione di promuovere un processo di adeguamento dei sistemi di raccolta e trasmissione delle informazioni inerenti l'assistenza infermieristica pediatrica a standard organizzativi adeguati alla specificità della domanda di salute e dei correlati bisogni assistenziali.
Problema	Un'indagine conoscitiva promossa dall'AREs, condotta nel 2005 tra le 45 Unità Operative di pediatria della Regione Puglia, sui sistemi/modelli di documentazione infermieristica pediatrica, ha evidenziato che tale documentazione veniva utilizzata in sole 11 UO

	<p>Tutte le Unità Operative utilizzano la cartella su supporto cartaceo, in quanto molte UO non hanno ancora le attrezzature informatiche.</p> <p>I dati identificativi e della fase di accertamento infermieristico, sono presenti con una percentuale notevolmente significativa, mentre la definizione di diagnosi infermieristica e degli obiettivi assistenziali nel 64% dei casi non sono presenti nella cartella.</p> <p>Ciò a conferma che il concetto di diagnosi infermieristica è ancora poco recepito nel nostro paese, mentre altrove è largamente diffuso; la scheda di rilevazione del dolore non è presente nel 73% delle cartelle.</p> <p>Fondamentale è anche una valutazione finale, assente nel 73% dei casi, che precede la dimissione o il trasferimento ad altra unità di cura e rappresenta lo strumento per realizzare la continuità assistenziale con le strutture (ospedaliere o territoriali) che prenderanno successivamente in carico il paziente.</p>
<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<p>Il progetto "Adozione della cartella infermieristica pediatrica" denominato "Progetto CIP" che ha coinvolto 45 Unità Operative Pediatriche della Regione con un referente infermieristico per UO si pone come obiettivi specifici la definizione e la diffusione di un modello unitario di cartella infermieristica; l'abolizione di tutti i fogli non organizzati di consegna infermieristica; l'informazione e formazione degli operatori coinvolti sulla logica di fondo e le modalità di compilazione e l'introduzione della diagnosi infermieristica.</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>ATTIVITÀ REALIZZATE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indagine conoscitiva sui sistemi/modelli di documentazione infermieristica pediatrica attraverso un "questionario" di rilevazione della documentazione infermieristica in uso nelle realtà pediatriche della Puglia. ▪ Progettazione ed adozione della cartella infermieristica pediatrica di base, conforme alle premesse espresse. Gli esperti psicologi del gruppo di lavoro, ripercorrendo i significati e i toni emotivi che l'esperienza dell'ospedalizzazione evoca e sottolineando le possibili involuzioni nello sviluppo raggiunto, hanno curato due sezioni, "l'adattamento al contesto del ricovero" e "eventuali stress familiari/personali", di modo che gli operatori sanitari favoriscano un buon adattamento alla malattia e all'ospedalizzazione, attraverso una relazione terapeutica centrata sull'ascolto del bambino e dei suoi familiari. ▪ La strutturazione della "Guida alla formulazione della diagnosi infermieristica". ▪ Due monitoraggi del grado di applicabilità della documentazione sanitaria con l'utilizzo di questionari strutturati per valutare il grado di soddisfazione della Guida e la qualità della struttura della cartella secondo le norme ISO 9000. Un ultimo monitoraggio effettuato a giugno 2007 testimonia un incremento del 30% dell'utilizzo della cartella infermieristica nelle pediatrie regionali.
<p>Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)</p>	<p>Una stima puntuale dei costi è in fase di elaborazione</p>

Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<ul style="list-style-type: none"> ∞ Un'identificazione dei problemi di salute; ∞ un costante approfondimento del contenuto della relazione infermiere/bambino/famiglia; • la condivisione di codici linguistici comuni; ∞ l'adozione di modelli concettuali dell'assistenza infermieristica; ∞ l'individuazione di indicatori specifici dell'area pediatrica; ∞ l'individuazione di elementi di criticità nella gestione puntuale dell'esercizio professionale.
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>La sistematicità degli incontri della rete dei referenti ha consentito, nel corso della realizzazione del progetto, di definire tempi e mete future per la programmazione delle attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. incontri formativi specifici sul concetto di diagnosi infermieristica; 2. definizione di un "Manuale all'uso" che accompagnerà la Cartella Infermieristica Pediatrica.
Eventuali note	<p>Fase preliminare (gennaio 2005 - marzo 2006)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mappatura delle realtà sanitarie da coinvolgere; - indagine conoscitiva sui sistemi/modelli di documentazione infermieristica pediatrica; - analisi dei dati raccolti; - diffusione dei risultati; - costituzione di un gruppo di lavoro regionale; - identificazione dei requisiti strutturali e processuali della cartella infermieristica; - elaborazione della cartella infermieristica pediatrica di base; - strutturazione di un programma operativo. <p>Fase attuativa (aprile 2006 - luglio 2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pianificazione delle strategie operative; - adozione della Cartella infermieristica; - monitoraggio del grado di applicabilità della cartella; - elaborazione e diffusione della "Guida alla formulazione della diagnosi infermieristica"; - valutazione del grado di qualità della struttura interna della cartella; - pianificazione delle attività formative per il personale sanitario e i partner del progetto; - valutazione qualità percepita; - elaborazione del "Manuale d'uso" della cartella; - piano annuale di formazione/aggiornamento per gli operatori dell'area pediatrica con riunioni tematiche a cadenza semestrale.

Titolo dell'esperienza	Il "leader clinico" e l'infermiere perioperatorio: una possibile soluzione per una moderna assistenza.
Regione	Emilia Romagna
Azienda	AUSL di Bologna
Dipartimento/i	Neuroscienze
Unità operativa/e	Sala operatoria di Neurochirurgia
Città	Bologna
Indirizzo Struttura	via Altura 3
Telefono	051.62.25.912
Fax	051.62.25.399
Referente (Unico)	Emanuele Venturi
Email Referente (Unico)	emanuele.venturi@ausl.bologna.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiere
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Emanuele Venturi, Leda Benati, Manola Benedetti, Paolo Gilli, Luca Alvisi
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	Non è una disposizione/raccomandazione ma è un'esperienza fortemente desiderata dal gruppo infermieristico di sala operatoria ed in parte già idealmente condivisa con il Direttore del Servizio Infermieristico ed i responsabili infermieristici di dipartimento.
Problema	Il modello organizzativo-assistenziale attualmente in uso di sala operatoria è decisamente obsoleto. L'infermiere operante in sala operatoria sente la necessità di evolvere verso un nursing moderno e rispondente a pieno alle necessità ed ai bisogni della persona assistita. Il coordinatore infermieristico ha decisamente troppi oneri a suo carico. Vi è la mancanza di riconoscimenti e di sistemi premianti per i colleghi volenterosi e con competenze esperte/avanzate.
Soluzione (tipo d'intervento)	È allo studio una proposta di cambiamento dell'attuale modello organizzativo, con la possibilità di definire il nuovo ruolo dell'infermiere perioperatorio all'interno della nostra UA (ruolo decisamente più dinamico e gratificante) e di individuare ed eventualmente inserire la figura dei leader clinici (infermieri con competenze esperte/avanzate), i quali si dedicheranno ad attività tecnico/cliniche ma anche ad attività di formazione e ricerca nonché saranno di supporto al coordinatore infermieristico.
Risultati ottenuti	È un progetto sperimentale in fase di elaborazione. Allo stato attuale quindi non è possibile ottenere risultati.

Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	I costi sono legati all'inserimento delle nuove figure dei leader clinici derivati dalle loro posizioni funzionali.
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	I benefici sono attualmente solo ipotizzabili quindi non chiaramente identificati.

Titolo dell'esperienza	Implementazione di un modello organizzativo professionale "Primary Nursing".
Regione	Trentino Alto Adige
Azienda	Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Dipartimento/i	Geriatrico del Comprensorio Sanitario di Bolzano
Unità operativa/e	Day Hospital Geriatria
Città	Bolzano
Indirizzo Struttura	Via L. Boehler 5
Telefono	0471.90.78.07
Fax	0471.90.98.91
Referente (Unico)	Karin Poernbacher
Email Referente (Unico)	karin.poernbacher@asbz.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Coordinatore infermieristico
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Poernbacher Karin, Gianmoena Francesca, Rienzner Eva Maria, Pallua Barbara, Gurgu Raluca, Cazzaniga Silvia, Brancalion Laura, Nessler Sonja, Vekic' Nada Mischo – Kelling, Maria Groeber Gundula.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	Raccomandazione aziendale
Problema	<p>Il nostro servizio veniva gestito attraverso un approccio centralizzato. Non c'era la presa in carico del paziente da parte di una singola infermiera; la responsabilità era collettiva, perciò non ben definita. Non c'era chiarezza in merito all'autonomia organizzativa e clinica.</p> <p>La "presa in carico" avveniva in modo casuale, senza tener conto delle competenze della singola infermiera. Si riferiva al modello organizzativo: assistenza per piccole equipe. Al paziente non era visibile chi fosse o se avesse un'infermiera di riferimento.</p> <p>L'assunzione di responsabilità e la qualità della relazione di cura erano determinate dalle competenze/attitudini soggettive della singola infermiera, senza esserci alla base una valutazione oggettiva e globale.</p> <p>La coordinatrice e l'infermiera leader venivano identificate come punti di riferimento sia dall'equipe multidisciplinare che dal paziente/familiare.</p> <p>La rete di comunicazione avveniva in modo indiretto e con il rischio di perdita delle informazioni.</p>
Soluzione (tipo d'intervento)	<p>Premessa: sono state percorse 3 strade parallele di sviluppo e crescita professionale.</p> <p>1. La direzione infermieristica dal 2003 ha:</p> <ul style="list-style-type: none"> ∞ stimolato ed agevolato la crescita delle competenze di management e leadership dei coordinatori; ∞ ha garantito un sostegno attivo e costante durante l'intero processo di crescita ai singoli coordinatori. Dal 2006: obiettivo di

<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<p>Premessa: sono state percorse 3 strade parallele di sviluppo e crescita professionale.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La direzione infermieristica dal 2003 ha: <ul style="list-style-type: none"> ∞ stimolato ed agevolato la crescita delle competenze di management e leadership dei coordinatori; ∞ ha garantito un sostegno attivo e costante durante l'intero processo di crescita ai singoli coordinatori. Dal 2006: obiettivo di implementazione di un modello organizzativo professionale (Primary Nursing) in alcuni reparti pilota. 2. Il team infermieristico del nostro servizio dal 2003 ha approfondito i contenuti dei profili professionali e sviluppato ulteriormente il processo di nursing (PAS + PAI). Dal 2006 al 2007/08: <ul style="list-style-type: none"> ∞ ha scelto il modello assistenziale sec. Monika Krohwinkel (ADL/ IADL+ esperienze assistenziali della vita); ∞ ha approfondito il modello organizzativo del Primary Nursing (Marie Manthey); ∞ scelta consensuale di implementazione del Primary Nursing all'interno del nostro servizio. 3. La coordinatrice: <ul style="list-style-type: none"> ∞ ha una vision chiara riguardo la presa in carico del paziente/familiare all'interno del nostro servizio; ∞ esegue una valutazione oggettiva delle competenze del singolo collaboratore - stimola la crescita professionale dei singoli; ∞ stimola l'utilizzo di un linguaggio professionale all'interno della documentazione infermieristica; ∞ favorisce una dinamica positiva del team; ∞ guida il team durante il passaggio graduale da un approccio organizzativo centralizzato ad uno decentralizzato. <p>Descrizione dettagliata delle fasi cruciali del processo di cambiamento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il team infermieristico effettua un'analisi dello stato attuale dell'assistenza infermieristica ed attività connesse. 2. Viene eletto il gruppo di pianificazione dal team con il compito di elaborare i mandati assegnati dalla coordinatrice. Il processo di cambiamento avverrà a step (elaborazione- consenso del team- implementazione del singolo elaborato). 3. Presentazione ufficiale del progetto a tutti i componenti del team multidisciplinare ed alla nostra dirigente infermieristica. 4. Implementazione dei vari mandati rispettando la tempistica. 5. Analisi del grado di implementazione attraverso la specificità degli indicatori evidenziati nei quattro elementi chiave del Primari Nursing con rilevazione di eventuali criticità.
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>Descrizione dettagliata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - struttura organizzativa decentralizzata; - viene rispettato e riconosciuto il ruolo del professionista infermiere, la crescita e consapevolezza professionale; - la coordinatrice assegna ad una singola infermiera il paziente sulla base di una valutazione delle competenze, risorse umane e complessità del caso. L'attribuzione e l'accettazione di responsabilità è condivisa; - la presa in carico del paziente avviene da parte dell'infermiera primaria PN (ed eventuale infermiera associata AN); - chiara visibilità della PN/AN e maggiore assunzione di responsabilità; - comunicazione diretta e aperta; - continuità assistenziale;

Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	<p>I costi umani, sociali ed economici si riscontrano nella formazione continua del personale (corsi di aggiornamento, materiale didattico e testi scientifici). All'interno del nostro servizio la riorganizzazione non ha avuto un ulteriore peso economico.</p>
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<p>Per il paziente e il suo caregiver: si sentono presi in carico dall'infermiera primaria attraverso un flusso comunicativo diretto e garantito anche a lunga distanza. Per il team assistenziale: chiarezza del ruolo e la consapevolezza delle proprie competenze con valorizzazione delle stesse. Per il team multiprofessionale: orientamento attraverso la chiarezza sulla persona di riferimento. Per la coordinatrice: orientamento attraverso un modello organizzativo strutturato con assunzione di responsabilità da parte delle infermiere. Il ruolo di coordinatore viene vissuto e riconosciuto come manager e leader ed è chiara la sua responsabilità. Soddisfazione personale e professionale di aver raggiunto la vision.</p>
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>Il direttore infermieristico ha portato la sua esperienza di implementazione del modello organizzativo PN (Amburgo/Germania) in un'azienda ospedaliera. Opportunità di conoscere e la possibilità di un confronto diretto con la fondatrice del modello PN M. Manthey. Scambio con altre realtà operative all'interno dell'ospedale. Divulgazione della nostra esperienza al corso per i coordinatori e vicecoordinatori. Divulgazione della nostra esperienza ad un'infermiera tirocinante di Lugano (CH).</p>

Titolo dell'esperienza	Audit interno sulle infezioni in blocco operatorio.
Regione	Lombardia
Azienda	Azienda Ospedaliera Desenzano
Dipartimento/i	Chirurgia
Unità operativa/e	Blocco operatorio Desenzano
Città	Brescia (Desenzano del Garda)
Indirizzo Struttura	Località Montecroce 1
Telefono	030.91.45.301
Referente (Unico)	Elisabetta Rizzoni - Nicola Petrucci
Email Referente (Unico)	elisabetta.rizzoni@aod.it - nicola.petrucci@aod.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	coordinatore infermieristico – responsabile UOS Anestesia
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Dott. Mauro Del Borrello, dirigente medico del Presidio di Desenzano, committente del progetto; Dott. Nicola Petrucci, dirigente medico responsabile UOS Anestesia, responsabile scientifico; Dott. Michele Tarantini, dirigente medico UOC Chirurgia; Dott. Paolo Cristofani, dirigente medico UOC Ortopedia; Dott. Giorgio Zecchinato, dirigente medico responsabile CIO Aziendale; Elisabetta Rizzoni, coordinatore infermieristico blocco operatorio Desenzano; Enzo Formisano, coordinatore Aziendale dei blocchi operatori; Lorena Crotti, infermiera strumentista sala operatoria chirurgia; Chiara Fantoni, infermiera strumentista sala operatoria ortopedia.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo Formativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione della metodologia dell' <i>audit</i> come strumento per l'analisi dei problemi: 1) fotografare la realtà; 2) confronto con lo standard; 3) identificare le carenze correlate ai comportamenti, alla preparazione del malato, all'intervento chirurgico; 4) elaborare un piano di correzioni; 5) implementare i cambiamenti. Per l'analisi delle relazioni causa-effetto si è utilizzata la metodologia del diagramma di Ishikawa.
Problema	- Infezione del sito chirurgico (escherichia coli) in due UO differenti in contemporanea su tre pazienti; - difficoltà ad informare il paziente sulle norme igieniche necessarie prima di sottoporsi all'intervento chirurgico; - necessità della tricotomia. È provata l'efficacia di una corretta tricotomia al fine di prevenire infezioni a carico della ferita con contenimento dei costi aziendali e diminuzione dei disagi per il paziente; ma una metodologia corretta si avvale di limitazioni: 1) la depilazione deve essere effettuata solo se i peli sono così fitti nell'area di incisione da interferire con l'intervento chirurgico;

	<p>2) la depilazione deve essere eseguita nella fase immediatamente precedente all'intervento chirurgico;</p> <p>3) la depilazione deve essere effettuata con l'ausilio di un rasoio elettrico, il "Clipper"; in alternativa con creme depilatorie o rasoi a lametta.</p>
Soluzione (tipo d'intervento)	<p>Il gruppo di lavoro ha deciso di elaborare due note informative:</p> <p>1) brochure esplicativa, da consegnare al paziente. Contiene le informazioni di carattere generale (modulistica, reparti, accettazione ecc.) e le indicazioni o per l'effettuazione della doccia pre operatoria (tempistica e materiale). "Una adeguata igiene personale è necessaria per abbattere la carica microbica prima dell'incisione chirurgica.." (Mangram AJ et al. Guidelines for prevention of surgical site infection Inf Control Hosp Epidemiol 1999; 20:247-78);</p> <p>2) brochure relativa alla tricotomia esplicitando la modalità, tempistica, materiale necessario e sito chirurgico interessato per la corretta esecuzione prima dell'intervento chirurgico.</p>
Risultati ottenuti	<p>Arrivo del paziente in blocco operatorio dopo effettuazione di doccia antisettica e con tricotomia adeguata in dimensioni al sito chirurgico, con diminuzione di infezioni locali da abrasione causate dal mancato rispetto della tempistica sulla tricotomia.</p>
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>Al termine del lavoro un congresso aziendale ha condiviso metodi e risultati con altre realtà aziendali. A livello dipartimentale i protocolli interni vengono rielaborati in note informative a valenza aziendale, da consegnare ai pazienti.</p>

Titolo dell'esperienza	Conoscere le competenze e la responsabilità dell'operatore socio sanitario. Indagine tra gli infermieri dell'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda.
Regione	Lombardia
Azienda	Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda
Città	Brescia (Desenzano del Garda)
Indirizzo Struttura	Località Montecroce 1
Referente (Unico)	Eleonora Mori
Email Referente (Unico)	eleonoramr@tiscali.it
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	<p>Elaborato finale di infermieristica, Università degli studi di Brescia. Indagine descrittiva presso l'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda che per il triennio 2002-2004 ha avviato un progetto di riorganizzazione delle attività assistenziali prevedendo l'inserimento dell'operatore socio sanitario.</p> <p>È stato somministrato un questionario autocompilato a 1.500 infermieri delle unità operative di medicina chirurgia e ortopedia per capire che livello di conoscenza avessero gli infermieri in merito alla natura della competenza dell'operatore socio sanitario e per capire se gli infermieri sono consapevoli della propria responsabilità nell'attribuzione di compiti a questi operatori.</p>
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo
Problema	<p>L'infermiere ha acquisito negli anni una propria autonomia professionale e una responsabilità diversa.</p> <p>L'istituzione dell'operatore socio sanitario risponde alla necessità di creare un operatore di supporto adeguatamente preparato con ambiti di competenza più ampi delle precedenti figure di supporto e destinato ad essere una risorsa importante per l'erogazione dell'assistenza infermieristica.</p> <p>Nel gruppo professionale la nascita dell'operatore socio sanitario ha suscitato molti dibattiti perché alcuni infermieri si sono sentiti espropriati di competenze proprie; altri hanno ritenuto che la nascita di tale figura potesse essere un'opportunità per valorizzare la funzione infermieristica.</p>
Soluzione (tipo d'intervento)	<p>I risultati dimostrano la necessità di maggiore formazione per gli infermieri rivolta soprattutto al concetto di attribuzione di attività all'operatore socio sanitario, all'approfondimento della conoscenza del processo di assistenza infermieristica e dell'importanza di una valutazione attenta dei bisogni degli assistiti nonché dei risultati dell'assistenza infermieristica.</p> <p>La necessità di maggiori supporti formativi sembra rendersi necessaria anche per gli infermieri che hanno dichiarato di conoscere tale figura.</p>
Risultati ottenuti	<p>Una discreta parte del campione ritiene di conoscere sia il profilo che le competenze dell'operatore socio sanitario, circa il 30% ne ha una conoscenza parziale.</p> <p>Il 90% sa che possono essere attribuite azioni riferite alla somministrazione della terapia per via orale e vie naturali; nessun intervistato attribuirebbe azioni riferite alla somministrazione di terapia endovena o intramuscolo.</p> <p>Il 40% degli infermieri vede la collaborazione dell'operatore socio sanitario in tutte le fasi del processo di assistenza infermieristica, il 13% non sa in quale fase può essergli utile. Il 47% ritiene di poter usufruire della</p>

	<p>collaborazione nell'accertamento e nell'attuazione.</p> <p>Per quanto riguarda la fase che può essere completamente affidata, il 22% risponde non so, il 7% affida la pianificazione, l'11% la valutazione e il 47% l'attuazione.</p> <p>Il 57% sa cosa s'intende per attribuzione di un compito, il 14% ritiene di delegare atti e un 22% gli affida atti assistenziali senza trasferire nemmeno la responsabilità legata all'esecuzione dell'atto.</p> <p>Rispetto alle variabili espresse dal Coordinamento regionale dei Collegi Ipasvi della Lombardia del 2002, solo 17 infermieri (sui 112 che hanno risposto) valutano tutte le variabili prima di attribuire un'attività ad un operatore socio sanitario.</p> <p>Il 28%, esprimendosi in base alla propria esperienza, ritiene che l'inserimento dell'operatore socio sanitario gli abbia permesso di dedicarsi maggiormente alla valutazione dei bisogni e dei risultati dell'assistenza infermieristica; per il 23% non è cambiato nulla rispetto a prima e la maggior parte si dedica maggiormente ad attività di supporto al medico o di tipo burocratico amministrativo.</p>
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	<p>L'indagine è stata condotta in un anno ma sono presenti diversi limiti, primo fra questi la ristrettezza del campione scelto per convenienza e non casuale. Inoltre, sul questionario non sono stati fatti studi di affidabilità e attendibilità.</p>

Titolo dell'esperienza	Il lavaggio chirurgico delle mani; la decontaminazione e disinfezione del campo operatorio; indagini conoscitive ed azioni correttive.
Regione	Lombardia
Azienda	Azienda Ospedaliera Desenzano
Dipartimento/i	Chirurgia
Unità operativa/e	Blocco operatorio
Città	Brescia (Desenzano del Garda)
Indirizzo Struttura	Località Montecroce 1
Telefono	030.91.45.301
Referente (Unico)	Elisabetta Rizzoni - Nicola Petrucci
Email Referente (Unico)	elisabetta.rizzoni@aod.it - nicola.petrucci@aod.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Coordinatore infermieristico – Responsabile UOS Anestesia
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Dott. Mauro Del Borrello, dirigente medico Presidio di Desenzano; Dott. Nicola Petrucci, Responsabile UOS Anestesia; Dott. Michele Tarantini dirigente medico UOC Chirurgia; Dott. Paolo Cristofani, dirigente medico UOC Ortopedia; Dott. Giorgio Zecchinato dirigente medico Responsabile CIO Aziendale; Elisabetta Rizzoni, coordinatore infermieristico blocco operatorio Desenzano; Lorena Crotti, infermiera blocco operatorio Desenzano; Chiara Fantoni, infermiera blocco operatorio Desenzano.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo Formativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	L'esperienza rappresenta l'implementazione delle linee guida del CDC Garner JS. CDC Guideline for prevention of surgical wound infections, 1985. Supercedes guideline for prevention of surgical wound infections published in 1982 (originally published in 1995). Revised. Nfect. Control 1986: 7(3): 193-200.
Problema	La disinfezione del sito chirurgico è uno dei fattori implicati nella prevenzione delle infezioni. Il metodo utilizzato per l'indagine conoscitiva prevedeva la definizione degli attuali comportamenti valutati attraverso la videoregistrazione dell'equipe chirurgica durante il lavaggio chirurgico delle mani, la vestizione, la disinfezione del sito chirurgico e successivo allestimento del campo operatorio. Dall'indagine è risultato il mancato rispetto dei tempi di azione del disinfettante durante il lavaggio chirurgico delle mani, la mancata decontaminazione del sito chirurgico e la disinfezione del campo operatorio non del tutto corretta.
Soluzione (tipo d'intervento)	Analizzato il problema, si decidono le seguenti azioni correttive: 1) posizionare un timer ad ogni postazione di lavaggio mani per rispettare la tempistica; 2) il gruppo di lavoro multidisciplinare, dopo ricerca scientifica, decide di elaborare un protocollo per la decontaminazione del sito chirurgico e la corretta metodologia di disinfezione del campo operatorio.

Risultati ottenuti	<p>Descrizione del protocollo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) lavaggio sociale delle mani del personale di sala; 2) dopo che il paziente è stato anestetizzato, il personale di sala lava con spugnetta/spazzolino imbevuto di clorexidina (dai 2 ai 5 minuti), mediante movimento circolare centrifugo il sito chirurgico per rimuovere eventuali contaminazioni; 3) risciacquare con garza imbevuta di soluzione fisiologica; 4) asciugare la zona con garze LL sterili; l'area preparata deve essere abbastanza ampia da consentire l'estensione dell'incisione (es. drenaggi) <p>Disinfezione di campo operatorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lavaggio chirurgico delle mani per l'equipe chirurgica; 2. le aree ad alta carica microbica (es. pube, ferite aperte) vengono disinfettate per ultime; 3. applicare la preparazione antisettica della cute (iodopovidone/citrosil) mediante movimento circolare centrifugo dal centro alla periferia. Ripetere la manovra con secondo tampone pulito; 4. allontanare la ciotola e il tampone utilizzati per la disinfezione; 5. rispettare i tempi di azione dell'antisettico utilizzato (almeno 3 minuti); 6. asciugare utilizzando apposito asciughino senza contaminare la zona di incisione (lasciare un bordo di disinfettante ai lati del campo); 7. evitare che l'antisettico si depositi in aree corporee soggette a decubito (es. al di sotto della placca elettrodispersiva, elettrodi, lacci pneumatici, dorso e glutei se paziente supino).
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<p>Garantire la corretta disinfezione del campo operatorio riduce il rischio di infezione del sito chirurgico.</p>
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>Al termine del lavoro un congresso aziendale ha condiviso metodi e risultati con altre realtà aziendali.</p>

Titolo dell'esperienza	Indagine sulla prevalenza delle infezioni del sito chirurgico in 4 Unità Operative. Risultati dell'audit clinico effettuato nel blocco operatorio dell'Ospedale di Desenzano.
Regione	Lombardia
Azienda	Azienda Ospedaliera Desenzano
Dipartimento/i	Chirurgia
Unità operativa/e	Blocco Operatorio, Chirurgia, Urologia, Ortopedia, Ginecologia
Città	Brescia (Desenzano del Garda)
Indirizzo Struttura	Località Montecroce, 1
Telefono	030.91.45.301
Referente (Unico)	Elisabetta Rizzoni - Nicola Petrucci
Email Referente (Unico)	elisabetta.rizzoni@aod.it - nicola.petrucci@aod.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Coordinatore infermieristico – Responsabile UOS Anestesia
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Dott. Mauro Del Borrello, dirigente medico del Presidio di Desenzano, committente del progetto; Dott. Nicola Petrucci, dirigente medico responsabile UOS Anestesia, responsabile scientifico; Dott. Michele Tarantini, dirigente medico UOC Chirurgia; Dott. Paolo Cristofani, dirigente medico UOC Ortopedia; Dott. Giorgio Zecchinato, dirigente medico responsabile CIO Aziendale; Elisabetta Rizzoni, coordinatore infermieristico Blocco operatorio; Enzo Formisano, coordinatore aziendale dei Blocchi operatori; Lorena Crotti, infermiera strumentista sala operatoria Chirurgia; Chiara Fantoni, infermiera strumentista sala operatoria Ortopedia; Leonardo Bizzoco, infermiere sala operatoria.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo Formativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	L'esperienza rappresenta l'implementazione delle linee guida per la prevenzione dell'infezione della ferita chirurgica, 1999 Alicia J. Mangram, MD; Teresa C. Horan, MPH, CIC; Michele L. Pearson, MD; Leah Christine Silver, BS; William R. Jarvis, MD; Comitato Consultivo per le Procedure per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere.
Problema	La diagnosi di un'infezione del sito chirurgico è causa di divergenze tra gli osservatori. Sono state proposte diverse definizioni, che fanno spesso ricorso a dei punteggi, basate su dei criteri specifici. Le definizioni dei Centers for Disease Control and Prevention di Atlanta realizzano un buon compromesso tra sensibilità, affidabilità e praticità. Le definizioni attualmente più usate classificano le infezioni in tre tipi, a seconda che: <ol style="list-style-type: none"> 1. coinvolgono solo la pelle e tessuto sottocutaneo (infezioni superficiali della ferita); 2. si estendono a livello della fascia e muscoli (infezioni profonde della ferita); 3. concernono organi o cavità (infezioni di organi).

Soluzione (tipo d'intervento)	<p>In base alle definizioni date dal CDC di Atlanta si produce una scheda di sorveglianza per le infezioni del sito chirurgico. Tale scheda prende in considerazione: anagrafica del paziente; tipo di intervento chirurgico, data dell'intervento ed i criteri dettati dalle linee guida per classificare l'infezione in: infezione superficiale, infezione profonda o infezione di spazio/organo. Prodotta la scheda di sorveglianza, si procede all'indagine sul campo, con visualizzazione di tutte le ferite chirurgiche presenti in reparto in un giorno prescelto, per quattro settimane.</p> <p>Si procede la rilevazione nelle UO di Chirurgia, Urologia, Ginecologia e Ortopedia; vista la quantità di ferite chirurgiche da controllare, la coordinatrice del blocco operatorio e il responsabile scientifico decidono di assegnare, a diversi operatori infermieri del blocco operatorio, il controllo delle ferite dandogli come strumento di rilevazione la scheda prodotta. Si prediligono infermieri del blocco operatorio, non infermieri di reparto, per l'obiettività degli stessi data dalla mancata partecipazione al piano di cura del paziente.</p>
Risultati ottenuti	<p>Criticità evidenziate durante l'indagine:</p> <ul style="list-style-type: none"> · la rilevazione è stata effettuata nel periodo estivo con riduzione degli interventi chirurgici e ferie del personale; · difficoltà di conciliare le attività di blocco operatorio con le attività delle varie UO; · difficoltà di seguire il giro visita durante il quale si effettuano le medicazioni; · personale non disponibile al momento della medicazione in quanto impegnato nell'attività di reparto; · spesso non contattati, per mancanza di tempo, per l'esecuzione delle medicazioni dagli operatori dei vari reparti di degenza. <p>Confrontando i dati emersi dalla rilevazione con gli standard, si evince che:</p> <ul style="list-style-type: none"> · mancanza e/o non utilizzo di ambulatorio dedicato alle medicazioni in alcune UO; · non differenziazione delle medicazioni tra quelle sporche e quelle pulite; · mancato utilizzo dei guanti sterili durante l'esecuzione delle medicazioni; · non rispetto dei tempi della copertura della ferita chirurgica, spesso antecedenti le 48 ore.
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>L'<i>audit</i> ha consentito di iniziare in azienda la cultura della sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, bisogno emerso anche dai reparti di degenza, i quali hanno prestato la massima collaborazione. Al termine del lavoro un congresso aziendale ha condiviso metodi e risultati.</p>

Titolo dell'esperienza	La somministrazione dell'antibiotico profilassi pre-operatoria: l'audit clinico come strumento per l'implementazione della corretta procedura.
Regione	Lombardia
Azienda	Azienda Ospedaliera Desenzano
Dipartimento/i	Chirurgia
Unità operativa/e	Blocco Operatorio
Città	Brescia (Desenzano del Garda)
Indirizzo Struttura	Località Montecroce 1
Telefono	030.91.45.301
Fax	030.91.45.892
Referente (Unico)	Elisabetta Rizzoni – Nicola Petrucci
Email Referente (Unico)	elisabetta.rizzoni@aod.it - nicola.petrucci@aod.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Coordinatore Infermieristico - Responsabile UOS Anestesia
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Dott. Mauro Del Borrello, dirigente medico del Presidio di Desenzano, committente del progetto; Dott. Nicola Petrucci, responsabile UOS anestesia, responsabile scientifico; Dott. Michele Tarantini, dirigente medico, UOC chirurgia; Dott. Paolo Cristofani, dirigente medico, UOC ortopedia; Dott. Giorgio Zecchinato, dirigente medico, responsabile CIO aziendale; Elisabetta Rizzoni, coordinatore infermieristico blocco operatorio Desenzano; Enzo Formisano, coordinatore aziendale blocchi operatori; Lorena Crotti, infermiere strumentista di chirurgia; Chiara Fantoni, infermiere strumentista di ortopedia; Renato Gardinazzi, infermiere di sala operatoria
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo Formativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	L'esperienza rappresenta l'implementazione delle linee-guida nazionali sulla modalità di somministrazione dell'antibiotico profilassi pre-operatoria.
Problema	L'antibiotico-profilassi preoperatoria è uno dei fattori implicati nella prevenzione delle infezioni del sito chirurgico. Si dimostra però efficace solo se correttamente prescritta e somministrata. Viceversa, oltre che dispendiosa, si rivela anche inutile se non somministrata nei tempi corretti, ed addirittura dannosa nei casi di reazioni allergiche ed altri effetti indesiderati. È noto che la tempistica di somministrazione prevede che la fine dell'infusione si collochi nei 30 min. precedenti l'incisione della cute, perché in tale momento è necessario che il picco ematico di antibiotico coincida con la potenziale massima contaminazione del sito chirurgico. È anche noto che la complessa organizzazione delle sale operatorie ed il loro interfacciarsi con le unità operative possono rendere difficoltosa una tempistica corretta.

	<p>L'<i>audit</i> è un processo sistematico che partendo dalla identificazione di un problema, ne analizza le cause, definisce l'obiettivo di miglioramento e verifica i risultati ottenuti sulla base di standard espliciti predefiniti. Risulta necessario conoscere e migliorare la pratica dell'antibiotico profilassi i cui temi fondamentali, dal punto di vista infermieristico, possono essere ricondotti a quelli della terapia endovenosa. Il metodo usato prevedeva la definizione degli attuali comportamenti con una indagine conoscitiva effettuata in un periodo campione di 3 settimane in cui attraverso una griglia sono stati rilevati tempistica, riscontro della prescrizione scritta, rispetto dei tempi di infusione e convalida della somministrazione dell'antibiotico.</p> <p>Sulla base dei risultati si sono poste in essere misure correttive contestualizzate, previo confronto con gli standard della letteratura.</p>
<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<p>Il Gruppo ha deciso di affrontare la problematica con la metodologia dell'<i>audit</i>, con i seguenti steps:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>brainstorming</i>; 2. indagine statistica dei dati raccolti; 3. ricerca delle linee guida per definire lo standard corretto e rilievo delle discrepanze e dei comportamenti a rischio; 4. elaborazione di modifiche alle procedure/comportamenti, 5. implementazione dei cambiamenti proposti. <p>Per l'analisi delle relazioni causa-effetto si è ricorso alla metodologia che usa il diagramma di Ishikawa come esemplificazione grafica. Il gruppo si è avvalso, qualora ritenuto necessario, di altre professionalità presenti in azienda per approfondire aspetti specifici. Il gruppo, volutamente multidisciplinare, con integrazione delle varie professionalità e ruoli, ha seguito il principio dell'approccio trasversale e della unicità del processo di cura.</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>L'indagine è stata effettuata dall'infermiere responsabile della profilassi antibiotica, refertando la scheda in forma anonima per la durata complessiva di tre settimane nelle rispettive specialità di: chirurgia, ortopedia, ginecologia, urologia.</p> <p>In merito al timing scorretto della somministrazione, intesa come fine troppo anticipata (superiore ai 30 min. che precedono l'incisione), o troppo tardiva (termine dopo l'incisione chirurgica), l'elaborazione dell'indagine statistica in termini percentuali ha evidenziato margini d'errore da un minimo del 7%, ad un massimo del 50%.</p> <p>Analizzando invece il riscontro della prescrizione scritta in cartella, emerge che generalmente la prescrizione non è presente e, ciò nonostante, viene comunque somministrata; i dati emersi sono i seguenti: ORL completamente assente; ORT indicata sul foglio della terapia ma non allegato in cartella per la sala operatoria; GIN-OST sempre presente sul foglio della terapia allegato in cartella clinica; CHI e URO risultati intermedi.</p> <p>Le azioni correttive, elaborate nel secondo tempo dell'<i>audit</i>, sono rappresentate da:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborazione di un protocollo per l'antibiotico terapia preoperatoria. Descrizione della procedura: 1) all'arrivo del paziente in blocco operatorio: prima della somministrazione dell'antibiotico accertarsi della: identità paziente, certezza di esecuzione intervento chirurgico, anamnesi eventuale

	<p>allergia ad antibiotici, riscontro prescrizione in grafica; 2) preparazione dell'antibiotico; 3) incanalamento vena periferica adeguata per anestesia generale; 4) somministrazione antibiotico in 30 min se non diversamente prescritto.</p> <p>Nel caso si verifichi la necessità di infondere un <i>plasmaexpander</i>, prima dell'intervento, l'antibiotico verrà infuso in seconda via in contemporanea.</p> <p>2. Utilizzo di un nuovo modello di lista operatoria che prevede l'indicazione dell'antibiotico da somministrare. Ciò consente di valutare con buona approssimazione il tempo di chiamata del paziente.</p> <p>3. Verifica dell'implementazione e dell'efficacia delle azioni correttive. A distanza di 6 mesi l'indagine sulla tempistica e modalità di somministrazione è stata ripetuta, evidenziando la riduzione di inappropriatazza, con un margine fisiologico di errore del 10%.</p>
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	Garantire che la profilassi antibiotica correttamente gestita contribuisca a ridurre il rischio di infezioni post-operatorie.
Esperienze di trasferimento/Diffusione	Al termine del lavoro un congresso aziendale ha condiviso metodi e risultati con altre realtà aziendali. Il protocollo è stato trasferito ed esteso ad esse.

Titolo dell'esperienza	Complessità assistenziale e case management: una nuova alleanza in riabilitazione.
Regione	Lombardia
Azienda	Fondazione Don Gnocchi Onlus - Centro E. Spalenza
Unità operativa/e	Riabilitazione
Città	Brescia (Rovato)
Indirizzo Struttura	Via Golgi 1
Telefono	030.72.451
Fax	030.72.45.350
Referente (Unico)	Dott. Claudio Prandelli
Email Referente (Unico)	claudioprandelli@alice.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Coordinatore Infermieristico
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Coordinatori Infermieristici, infermieri <i>case manager</i> , infermieri dei reparti di riabilitazione.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/raccomandazione Regionale/Aziendale/Altro? Se sì, quale?	Non c'è nessuna disposizione normativa alla base di questa esperienza. L'input deriva dalla volontà di sperimentare una modalità innovativa di fare riabilitazione, partendo dalla persona da riabilitare e non dal problema clinico assistenziale.
Problema	La riabilitazione specialistica erogata in base alla complessità assistenziale-clinica-riabilitativa della persona è migliore rispetto alla riabilitazione specialistica classica, suddivisa per specialità cliniche.
Soluzione (tipo d'intervento)	La valutazione multiprofessionale delle persone da riabilitare, i periodici incontri di team, la figura dell'infermiere <i>case manager</i> , facilitano il percorso riabilitativo, rendendolo più a misura di persona.
Risultati ottenuti	Sperimentazione di una nuova modalità organizzativa e sperimentazione di nuovi strumenti di valutazione della complessità assistenziale.
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	Relazionali.
Eventuali note	L'esperienza è iniziata meno di due anni fa, contestualmente alla nascita del nuovo centro riabilitativo. Ad oggi non abbiamo dati certi ma il progetto è ancora in sviluppo.

Titolo dell'esperienza	Assistenza infermieristica nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA): modello dinamico per l'attribuzione delle risorse e la misurazione dell'outcome assistenziale.
Regione	Lombardia
Azienda	Fondazione Elisabetta Germani
Città	Cremona (Cingia Dè Botti)
Indirizzo Struttura	Via Pieve Gurata 11
Telefono	0375.96.02.11/276
Fax	0375.96.481
Referente (Unico)	Dott. Enrico Marsella
Email Referente (Unico)	marsellaenrico@libeo.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Coordinatore di Area Socio Assistenziale
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo
Problema	In campo socio sanitario, relativamente all'utenza delle RSA, è possibile determinare il carico di lavoro infermieristico ad ogni variazione del <i>case mix</i> dei pazienti e calcolarne il corrispondente fabbisogno di risorse senza compromettere la qualità dell'assistenza?
Soluzione (tipo d'intervento)	Sperimentazione di un sistema dinamico di misurazione del carico assistenziale infermieristico in grado di: <ul style="list-style-type: none"> - stratificare l'utenza secondo gravità assistenziale (<i>case mix</i>); - calcolare il fabbisogno di risorse in funzione della tipologia di utenza; - supportare le fasi di riprogettazione organizzativa e di assegnazione delle risorse; - valutare l'esito della sperimentazione e l'appropriatezza dell'attribuzione di risorsa infermieristica attraverso il monitoraggio e la comparazione dello stato di salute dell'utenza, prima e dopo la riprogettazione organizzativa, mediante la somministrazione di scale di valutazione (CIRS - indici di comorbidità e severità clinica - Scala di Instabilità Clinica, Scala di Exton Smith, Indice di Barthel, Short Portable Mental State Questionnaire).
Risultati ottenuti	I risultati ottenuti mostrano, a fronte dell'avvenuta riorganizzazione, il mantenimento delle condizioni di salute dei pazienti e di conseguenza lo standard qualitativo dell'assistenza; questo nonostante in alcuni casi si sia riscontrata una differenza significativa: la comparazione dei dati effettuata tramite test t per dati appaiati mostra infatti, in 4 casi su 6, variazioni statisticamente significative. È stato eseguito anche il test di Wilcoxon, data la distribuzione non normale dei dati, che ha prodotto risultati sovrapponibili. Tuttavia da un'analisi più approfondita emerge che, mediamente, l'entità delle differenze riscontrate non supera in nessun caso il 4% del valore medio dei punteggi rilevati, addirittura 4 valori sono inferiori all'1%. Questo ha consentito di valutare positivamente lo studio effettuato e di proporre il modello di calcolo del fabbisogno di risorse per future sperimentazioni.

<p>Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)</p>	<p>Il modello proposto è adeguatamente duttile in quanto permette di determinare il fabbisogno di risorse al variare della composizione (<i>case mix</i>) e delle dimensioni dei nuclei, dei reparti, delle unità organizzative o anche dell'intera struttura.</p> <p>Il modello di calcolo consente inoltre di non perdere efficacia organizzativa. La possibilità di misurare l'<i>outcome</i> dell'assistenza infermieristica permette di monitorare costantemente lo stato di salute dell'utenza. In questo modo chi è chiamato a dirigere e a gestire le risorse acquisisce le informazioni necessarie per poter decidere, coerentemente con le esigenze di tipo organizzativo, ma soprattutto fornendo risposte il più efficaci possibili ai bisogni del malato che deve sempre mantenere una posizione centrale rispetto alle dinamiche assistenziali.</p> <p>I risultati ottenuti mostrano, a fronte dell'avvenuta riprogettazione organizzativa, il mantenimento delle condizioni di salute dei pazienti. Ciò è stato possibile mediante un'appropriata distribuzione della risorsa infermieristica disponibile.</p>
--	---

Titolo dell'esperienza	Riorganizzazione del sistema assistenziale-sanitario nelle residenze per disabili.
Regione	Lombardia
Azienda	Fondazione Sospiro
Dipartimento/i	Disabili
Unità operativa/e	Unità abitative ad alta funzionamento
Città	Cremona
Indirizzo Struttura	Piazza Libertà 2
Telefono	0372.620.347
Referente (Unico)	Silvia Berna
Email Referente (Unico)	silvia.berna@lice.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Referente area ad alto funzionamento dipartimento disabili, coordinatore unità abitativa
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Silvia Berna, Anna Rita Parmigiani, Gabriella Ferrari, Rosanna Capelli, Sabrina Borghesi, Kateryna Wardak, Giuseppe Chiodelle.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo
Altro (specificare)	Organizzativo perchè prevede una modificazione dell'organizzazione del sistema sanitario/assistenziale; clinico perchè prevede un cambiamento nella presa in carico delle persone con disabilità.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se si, quale?	L'esperienza nasce dall'esigenza di modificare l'assetto organizzativo e la gestione infermieristica in relazione alle evidenze scientifiche in materia di disabilità intellettiva che dimostrano l'efficacia di un modello sanitario che ruota intorno alla persona disabile simile a quello territoriale, con la presenza dell'infermiere che ha in carico un gruppo di disabili. L'infermiere si avvale per gli interventi di natura collaborativa di un ambulatorio prima presente in unità abitativa e, in seguito, per motivi di spazio, organizzato all'esterno. In riferimento all'evoluzione della professione infermieristica ed in relazione al contesto di fondazione, in un' ottica di miglioramento continuo, è stato necessario un investimento mirato a promuovere lo sviluppo delle competenze e l'adozione di un modello di riferimento.
Problema	Organizzazione obsoleta, utilizzo delle risorse infermieristiche in modo inefficace, lavoro per compiti, scarsa motivazione, sistema assistenziale di tipo ospedaliero non efficace per la persona con disabilità, confusione sul ruolo del professionista infermiere nel contesto lavorativo.
Soluzione (tipo d'intervento)	Introdotta nuovo modello di riferimento di definizione, classificazione e programmazione dei sostegni per la persona con disabilità (a.a.i.d.d); introdotto ruolo infermieristico con evento formativo; introdotto modello bifocale di Carpenito con eventi formativi; identificate le diagnosi infermieristiche più frequenti in area disabili e adattate; introdotta documentazione infermieristica nel fascicolo socio-sanitario come nuovo strumento di lavoro; organizzata la presa in carico del residente con il sistema delle referenze; gestione degli interventi e delle procedure

	diagnostiche terapeutiche di natura collaborativa in ambulatorio; presenza del medico in unita abitativa solo per urgenze.
Risultati ottenuti	<ul style="list-style-type: none"> ∞ Passaggio dal dire al fare: passaggio da un modello di presa in carico di tipo ospedaliero a un modello territoriale di tipo sanitario con la sperimentazione dell'ambulatorio. ∞ Definizione del ruolo infermieristico e identificazione degli obiettivi in area disabili. Presenza per 400 utenti disabili di fascicolo sociosanitario con documentazione infermieristica (accertamento, diagnosi infermieristica, problemi collaborativi, attuazione, valutazione, follow up).
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	Il processo di cambiamento ancora in corso richiede una formazione continua, la sperimentazione di nuovi modelli, un investimento forte del professionista infermiere.
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	I benefici sono la razionalizzazione della risorsa infermieristica; ciò è stato possibile introducendo personale di supporto (operatore socio sanitario) e attribuendo i compiti a bassa discrezionalità e ad alta riproducibilità, collocando gli interventi con il medico in ambulatorio ed in fasce orarie ben definite. Maggior efficienza del sistema sanitario.

Titolo dell'esperienza	Gestore dei Percorsi Assistenziali (GPA).
Regione	Toscana
Azienda	Azienda Sanitaria 10 di Firenze
Dipartimento/i	Dipartimento Emergenza e Urgenza
Unità operativa/e	Servizio di Assistenza Infermieristica ed Ostetrica
Città	Firenze
Indirizzo Struttura	Piazza Santa Maria Nuova 1
Telefono	055.20.06.945
Fax	055.71.92.472
Referente (Unico)	Carmelo Giallombardo
Email Referente (Unico)	carmelo.giallombardo@asf.toscana.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiere GPA
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Infermieri GPA, Coordinatori Infermieristici Pronto Soccorsi, Direttore Dipartimento, Referente Infermieristico Dipartimento, Servizio Assistenza Infermieristica ed Ostetrica.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo
Altro (specificare)	Migliorare la qualità dell'assistenza e il grado di soddisfazione percepita dall'utente, attraverso la valorizzazione dell'accoglienza e consentendo alle persone di aumentare il controllo sulla propria salute. Creare le condizioni per facilitare l' <i>empowerment for health</i> nelle relazioni tra operatori e utenti.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	Raccomandazione Regionale, in tutti i Pronto Soccorso della Regione Toscana.
Problema	La difficile gestione del cambiamento territoriale implica nell'utenza un utilizzo a volte anche inappropriato del Pronto Soccorso Ospedaliero. Questo fenomeno, del resto, comporta strutture Ospedaliere di Pronto Soccorso sempre affollate, con tempi di attesa lunghi e continue lamentele della cittadinanza, che si trova costretta a subire una sala di attesa gremita e mancante o insufficiente di un processo comunicativo, soprattutto sul percorso sanitario che il proprio caro sta effettuando all'interno della struttura. Il collo di bottiglia tipico del Pronto Soccorso rappresenta un elemento critico del processo di cura a volte lungo e complesso; il familiare, in silenzio, rimane in attesa e ciò produce uno stato di malessere con conseguenti segnalazioni di disservizi e continue proteste anche in sedi pubbliche. Dati: - circa 90/120 accessi al giorno; - infermiere di Triage con difficoltà operative e gestionali; - difficoltà a rispettare i tempi stabiliti della "rivalutazione";

	<ul style="list-style-type: none"> - osservazione discontinua dei pazienti in sala d'attesa codici minori; - limitato rispetto della Privacy.
Soluzione (tipo d'intervento)	<p>Gestione del paziente durante il percorso clinico assistenziale in DEA garantendo la migliore risposta possibile e assicurando l'uniformità e la continuità delle cure nel rispetto del <i>customer satisfaction</i>.</p> <p>Nascita del Gestore dei Percorsi Assistenziali: il GPA è il professionista di riferimento per il paziente ed i suoi familiari, dalla fase di accettazione fino alla fase di dimissione. Come gestore del processo di accoglienza, l'infermiere GPA diventa per l'utente il garante del processo di accoglienza e del percorso clinico assistenziale.</p> <p>Un diritto del paziente, un dovere per tutti gli operatori sanitari.</p>
Risultati ottenuti	<p>Il progetto ha avuto inizio nell'aprile del 2008 nei tre Pronto Soccorso a maggior afflusso. Già a cinque mesi dall'inizio del progetto partito in via sperimentale, i frutti sono veramente soddisfacenti. Solo alcuni dati riferiti da un Presidio Ospedaliero ad oggi elaborati, dimostrano come l'attesa media sia migliorata abbattendo questa del 20% su una media di tempo stimata di 49,8 minuti su 3.675 casi trattati.</p> <p>Altri dati utili verranno prodotti in questi mesi.</p>
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	<p>Attualmente l'assorbimento delle risorse umane impegnate nel progetto è, mediamente, di tre figure infermieristiche per sede di Pronto Soccorso. L'impegno è comunque di un nuovo modo di lavorare nel percorso clinico assistenziale.</p>
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<p>Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza):</p> <ul style="list-style-type: none"> - DEA rappresenta il biglietto da visita di un ospedale ed è l'infermiere a porgerlo per primo. Senza una buona accoglienza non c'è una buona assistenza. - Il GPA migliora: la qualità delle prestazioni, il livello di umanizzazione, il rapporto con le altre unità operative e le strutture convenzionate; sviluppa: i percorsi diagnostico-terapeutici, la continuità assistenziale anche all'esterno del dipartimento, razionalizza l'utilizzo di risorse umane, risorse tecnologiche, posti letto, materiale di consumo.
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>Questa esperienza è trasferibile in ogni realtà ospedaliera e territoriale di accesso dell'utenza nei punti di Pronto Soccorso. La diffusione è auspicabile attraverso corsi formativi specifici del personale infermieristico.</p>
Eventuali note	<p>La bozza progettuale è stata già presentata in sede di Convegno IPASVI a Rimini. Successivamente sono stati presentati i risultati di un progetto che non è rimasto tale ma che è diventato "modo di lavorare in tutti i DEA Aziendali".</p> <p>L'entusiasmo con cui tutti hanno lavorato e partecipato al progetto aziendale ci fa onore come professionisti della salute.</p>

Titolo dell'esperienza	Gruppo di studio sulla responsabilità professionale infermieristica.
Regione	Toscana
Città	Firenze
Indirizzo Struttura	Loc. Cerreto Guidi
Referente (Unico)	Giovanni Senes
Email Referente (Unico)	giosenes@tiscali.it
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Senes G., Moncalvini S., Castagnoli M., Brandi A., Primavera A., Di Dio G., Leto S., Del Sarto P., Pradal M., Gaggioli L., Bastianelli B., Baldini M., Giusti M., Ielo F., Iezzi R., Meuzzi P., Nerozzi E., Vacchina F.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Relazionale Formativo
Problema	Il problema nasce su più fronti: mancanza di casistica su responsabilità ordinistico-disciplinare, necessità di diffondere la normativa di interesse infermieristico in modo capillare, necessità di ampliare le conoscenze di tipo deontologico dell'agire professionale, difficoltà nella diffusione/adesione delle buone pratiche infermieristiche.
Soluzione (tipo d'intervento)	Costituzione di gruppo di studio a livello regionale, formazione specifica, collaborazione con gli esperti del settore giuridico/legale, consulenza agli iscritti ai Collegi.
Risultati ottenuti	Banca dati e monitoraggio degli eventi, miglioramento delle performance, aumento del riconoscimento, aumento dell'attività di consulenza professionale e verso esperti, costruzione di una rete regionale vs. nazionale.
Esperienze di trasferimento/Diffusione	Costruzione di un sito web di collegamento alla rete dei professionisti/esperti, aperto alla consultazione/consulenza tramite forum.

Titolo dell'esperienza	La cellula: unità fondamentale dell'organizzazione assistenziale.
Regione	Toscana
Azienda	Azienda Sanitaria di Firenze
Dipartimento/i	Servizio Assistenza Infermieristica e Ostetrica (SAIO)
Unità operativa/e	UO Assistenza Infermieristica Ospedaliera
Città	Firenze
Indirizzo Struttura	Piazza S. Maria Nuova 1
Telefono	055.27.58.736
Fax	055.27.58.336
Referente (Unico)	Cristina Braschi
Email Referente (Unico)	cristina.braschi@asf.toscana.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Dirigente infermieristico UO Assistenza infermieristica Ospedale del Mugello
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Cristina Braschi, Paolo Zoppi, Antonio Gant, Simona Gensini, Giancarlo Brunetti, Maria Grazia Monti.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo
Altro (specificare)	<p>Lo studio della cellula vivente ci ha permesso di definire funzioni e struttura di una cellula assistenziale intesa come unità di lavoro ben definita e delimitata all'interno del reparto di degenza. Questa visione "biologica" applicata a metodi e strumenti utilizzati in ambito sanitario ci ha permesso di riprogettare il modello organizzativo infermieristico (funzioni) e l'area di lavoro (struttura) allo scopo di dare risposte personalizzate, ridurre i tempi del processo assistenziale, migliorare la qualità delle prestazioni e creare un ambiente di lavoro motivante.</p> <p>Il modello assistenziale tende a realizzare una completa e permanente presa in carico della persona assistita definendo responsabilità precise dell'infermiere che assicura la continuità del processo assistenziale dall'ammissione alla dimissione (infermiere di processo) e la personalizzazione del piano di cure (infermiere di cellula).</p>
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	<p>Il processo di trasformazione dell'assetto organizzativo del sistema sanitario toscano si è realizzato secondo precise indicazioni normative che prevedono la strutturazione delle attività ospedaliere differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza, il regime di ricovero.</p> <p>La nostra Asl ha applicato queste indicazioni per la riorganizzazione della rete ospedaliera attraverso il progetto OLA (Organizzazione Lean dell'Assistenza). L'attuazione della nuova strategia rende obbligatorio l'abbandono dei vecchi modelli organizzativi burocratico funzionali, che frammentano le responsabilità e restringono la visione degli obiettivi aziendali da parte dei professionisti coinvolti nel loro raggiungimento.</p>
Problema	<p>Il modello funzionale non risponde più alle attuali aspettative del paziente in quanto le attività dell'assistenza infermieristica sono rigidamente divise per compiti ed erogate in modo sistematico a tutti i pazienti; la comunicazione e la documentazione sono in funzione delle prestazioni e si concretizzano in una assistenza frammentaria e impersonale.</p> <p>Tale modello, oltre a non rispondere più alle richieste dei cittadini, non è</p>

	coerente con il profondo processo di trasformazione dell'assetto organizzativo del sistema sanitario toscano.
Soluzione (tipo d'intervento)	<p>L'organizzazione della cellula è stata definita in modo da localizzare tutte le risorse, le attrezzature e i presidi utili. Quanto più è possibile, abbiamo minimizzato la dipendenza della cellula da risorse esterne, ovvero tutte le attività e ciò che occorre per realizzarle sono state collocate all'interno della cellula.</p> <p>La realizzazione della cartella informatizzata integrata e di nuove strategie comunicative (es. briefing) permettono alle informazioni di circolare in osmosi continua tra cellule omogenee di una stessa linea assistenziale (reparto).</p> <p>Il progetto è iniziato con l'elaborazione teorica di un modello organizzativo assistenziale attraverso l'analisi dei modelli reperibili in letteratura e selezionando gli elementi utili per un'applicazione concreta al contesto dei nostri servizi ospedalieri.</p> <p>È stato anche definito un quadro di riferimento relativo all'ambiente di lavoro, studiando e comparando struttura e funzioni della cellula vivente partendo dall'assunto che le principali funzioni vitali (assumere nutrienti, convertirli in energia, svolgere funzioni specializzate e riprodursi se necessario) possono essere declinate nella cellula assistenziale.</p> <p>L'elaborazione concettuale è stata proposta a gruppi di lavoro formati da infermieri di linea che hanno provveduto a contestualizzarli alle diverse realtà aziendali.</p> <p>Si è provveduto a formare il personale per far acquisire conoscenze e competenze necessarie ai nuovi assetti organizzativi e informativi. Successivamente è stata avviata una sperimentazione sul campo, analizzando periodicamente punti di forza e criticità.</p>
Risultati ottenuti	<ul style="list-style-type: none"> - Superamento del modello funzionale e avvio di un processo evolutivo del nursing; - superamento della visita medica e realizzazione di nuove strategie comunicative; - implementazione della cartella informatizzata integrata; - acquisizione di conoscenze e competenze utili al nuovo assetto organizzativo; - ristrutturazione delle linee di degenza e ridefinizione degli ambienti.

Titolo dell'esperienza	La complessità assistenziale: strumento di valutazione
Regione	Toscana
Azienda	Azienda Sanitaria di Firenze
Dipartimento/i	Chirurgia – Medicina - Servizio Assistenza Infermieristica e Ostetrica (SAIO)
Unità operativa/e	SS Innovazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari
Città	Firenze
Indirizzo Struttura	Via dei Malcontenti 6
Telefono	055.20.06.920
Fax	055.20.06.920
Referente (Unico)	Pierluca Pacini
Email Referente (Unico)	pierluca.pacini@asf.toscana.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiere S.S. Innovazione e Sviluppo dei Servizi
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Pier Luca Pacini, Infermiere S.S. Innovazione e Sviluppo dei Servizi; Alessandro Cecchi, Infermiere Coordinatore S.S. Innovazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari; M. Grazia Monti, Dirigente Infermieristico Responsabile SAIO.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo
Altro (specificare)	<p>Nell'ambito della riorganizzazione iniziata nell'azienda 10 Firenze, quando si è iniziato a parlare dei problemi di origine Infermieristica, ci siamo resi subito conto della necessità di dotarsi di uno strumento agile e snello per la quantificazione della complessità assistenziale per poter distribuire appropriatamente le risorse a disposizione.</p> <p>Come per tutte le scale di valutazione, la possibilità di utilizzo e la precisione sono i due piatti della bilancia: più uno strumento è preciso, minore è la facilità di utilizzo.</p> <p>Per quanto ci riguarda il piatto della bilancia doveva pendere dalla parte della facilità di utilizzo essendo l'utilizzo primario di tipo gestionale, non tralasciando tutti quegli <i>alert</i> che possono venire evidenziati durante la compilazione.</p>
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	<p>La Regione Toscana ha disciplinato il servizio sanitario regionale attraverso la L.R. 24 febbraio 2005, n° 40.</p> <p>In particolare all'articolo 68, comma 2, si precisa che le aziende sanitarie devono procedere alla riorganizzazione del presidio ospedaliero di zona sulla base di alcuni principi, tra cui la "... strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate la durata della∞ l'intensità delle cure ∞ le modalità assistenziali ∞secondo: il regime di ricovero superando gradualmente l'articolazione per∞degenza reparti differenziati secondo la disciplina specialistica ..."</p> <p>Il Progetto Organizzazione LEAN dell'assistenza rappresenta una decisione adottata dalla Direzione Generale per avviare la revisione dei processi organizzativi di assistenza ospedaliera. In questo ambito trova la sua collocazione la Scheda di Complessità Assistenziale (SCA).</p>
Problema	Nel ridiscutere i modelli organizzativi cercando di ottimizzare le risorse ci siamo trovati di fronte la difficoltà di distribuire in maniera ottimale le risorse

	<p>assegnate seguendo un metro di valutazione che fosse in qualche modo standard in quanto la nostra azienda comprende 6 presidi ospedalieri dislocati su di un territorio che per grandezza è il secondo in Italia. Alcune volte la possibilità di assegnazione delle risorse attraverso la SCA, è vanificata dal numero degli operatori presenti in servizio.</p>
Soluzione (tipo d'intervento)	<p>L'implementazione dello strumento, per ora in fase sperimentale, ha determinato un radicale cambiamento nell'ottimizzazione della distribuzione delle risorse assegnate al blocco di degenza andando a distribuirle a seconda della complessità rilevata. Spesso questa possibilità viene vanificata dal numero non sempre ottimale del personale in servizio.</p> <p>Ad ogni modo, l'effettuazione della valutazione offre la possibilità di dare una visione d'insieme della complessità della cellula in maniera predittiva per l'organizzazione delle attività della mattinata. Offre altresì la possibilità di aumentare il bagaglio di informazioni che ogni infermiere deve avere per poter personalizzare al meglio l'assistenza ai pazienti assegnati.</p>
Risultati ottenuti	<p>Al momento, essendo ancora in una fase sperimentale, i risultati non hanno avuto la possibilità di essere analizzati. L'unico aspetto esplorato rimane la soddisfazione dei compilatori che oltre all'aspetto di quantificazione del carico di lavoro, gli consente di prendere immediatamente visione dei pazienti dopo il turno notturno (il momento valutativo viene effettuato durante il turno pomeridiano predittivo per il carico di lavoro della mattina successiva).</p>
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	<p>Costi relativi alla formazione per la compilazione della scheda.</p>
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<ul style="list-style-type: none"> - Ottimizzazione della distribuzione del personale in servizio in base al reale carico di complessità; - flessibilità del personale; - miglior presa in carico del paziente. <p>In seconda analisi può essere utilizzata anche per rivedere l'effettiva assegnazione del personale ad una linea di produzione in base alla casistica che afferisce al presidio.</p>
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>La sperimentazione è partita dopo un breve periodo di prova dello strumento per valutare l'effettiva funzionalità nelle linee mediche. Le linee chirurgiche la stanno utilizzando ma per una migliore e completa presa in carico del paziente.</p>

Titolo dell'esperienza	La simulazione come strategia di apprendimento per la gestione dell'evento critico.
Regione	Toscana
Azienda	Usi 11 Empoli
Dipartimento/i	Agenzia per la formazione
Città	Firenze (Empoli)
Indirizzo Struttura	via Oberdan 13
Telefono	0571.70.40.10/00
Fax	0571.70.43.39
Email Referente (Unico)	s.bugnoli@usi11.tos.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Referente Master Professionali
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Leto Calogera Sabrina, Tamburini Ludovica, Fontanelli Franco, Bugnoli Stefano
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Formativo
Altro (specificare)	<p>Il ricorso alla simulazione rappresenta l'ultima frontiera nell'ambito della formazione degli operatori sanitari. Il metodo nasce in USA circa dieci anni fa, per poi svilupparsi anche in Europa fino a divenire parte integrante della formazione di medici ed infermieri in molti paesi. La simulazione rappresenta un sistema di training interattivo basato sull'uso di strumenti formativi innovativi che, grazie a moderni software, permette di ricreare virtualmente scenari clinici assolutamente realistici che consentono allo studente di cimentarsi in esperienze dirette e verificare l'efficacia delle proprie azioni.</p> <p>Lo scopo di questa metodologia didattica è proprio quello di sviluppare le abilità dei singoli operatori e diviene particolarmente utile soprattutto per permettere l'esercitazione su casi critici che possono presentarsi sia in ambito ospedaliero che territoriale. I vantaggi che derivano dal ricorso alla simulazione come strumento formativo riguardano soprattutto la possibilità di mettere in pratica procedure, senza rischi per il paziente o dei professionisti coinvolti in caso di errore, e l'incremento di abilità nell'azione di gruppo.</p>
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	<p>Piano Sanitario Regionale Toscana 2008/2010 al capitolo 7.1.2. Laboratorio regionale per la formazione sanitaria (DGR 538/2006). Delibera n.225 del 03/04/2006 della Regione Toscana sulle "Azioni di Coordinamento e sviluppo delle attività di gestione del rischio clinico" che al punto 4 identifica nella formazione attraverso simulatori in scala reale uno strumento utile per imparare ed esercitarsi nell'applicazione di protocolli e procedure, e identifica nella simulazione una tecnica avanzata di formazione in medicina rivolta alla creazione di specifici scenari clinici per valutare la capacità degli operatori anche in condizioni di estrema difficoltà.</p>
Problema	<p>La formazione del professionista sanitario non può limitarsi ad un semplice livello di conoscenza teorica; già l'introduzione dei laboratori è finalizzata all'acquisizione di abilità che poi vengono a rafforzarsi durante i periodi di tirocinio. C'è però la necessità di porre lo studente di fronte ad una situazione reale dove sia lui e non il tutor di tirocinio a rispondere in prima</p>

	<p>persona a possibili eventi che si possono realizzare durante l'attività professionale. Logicamente questa esperienza non può essere fatta in una situazione reale. La simulazione di casi reali attraverso simulatori è una metodologia di apprendimento delle abilità riferite alle competenze tecnico professionali, permette di gestire gli eventi avversi e consente l'integrazione dell'equipe multidisciplinare.</p>
Soluzione (tipo d'intervento)	<p>Esplicito riferimento all'impiego del metodo della simulazione nella formazione degli operatori sanitari si ritrova nel Piano Sanitario Regionale 2008/2010 della Regione Toscana, che definisce la metodologia di particolare interesse in quanto permette a tutti gli operatori del sistema sanitario di apprendere attraverso l'esperienza, effettuando training incentrati sulla formazione dei team di lavoro e su scenari non comuni e spesso critici, che richiedono risposte rapide ed appropriate che riducano i rischi per il paziente.</p>
Risultati ottenuti	<ul style="list-style-type: none">- Sperimentazione di casi critici in emergenza;- verifica di una corretta comunicazione all'interno del team e con il paziente;- verifica del rispetto delle reciproche competenze nell'equipe;- sperimentazione casi in cui la corretta gestione del rischio permette all'organizzazione di raggiungere gli obiettivi previsti.

Titolo dell'esperienza	Organizzazione LEAN dell'assistenza (Progetto OLA).
Regione	Toscana
Azienda	Azienda Sanitaria di Firenze
Dipartimento/i	Servizio Assistenza Infermieristica e Ostetrica (SAIO)
Unità operativa/e	UO Assistenza Infermieristica Ospedaliera
Città	Firenze
Indirizzo Struttura	Piazza S. Maria Nuova 1
Telefono	055.27.58.736
Fax	055.27.58.336
Referente (Unico)	Maria Grazia Monti
Email Referente (Unico)	grazia.monti@asf.toscana.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Dirigente Responsabile Servizio Assistenza Infermieristica e Ostetrica
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Maria Teresa Mechi, Fabrizio Gemmi, Cristina Braschi, Giancarlo Brunetti, Alessandro Cecchi, Marcello Gamannossi, Antonio Gant, Simona Gensini, Maristella Mencucci, Patrizia Mondini, Cristina Rossi, Maria Grazia Monti.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo
Altro (specificare)	<p>Il progetto è finalizzato a riprogettare i processi di assistenza ospedaliera verso modelli organizzativi professionali snelli e flessibili in cui sia possibile innovare e migliorare in maniera continua creando un clima interno di fiducia e coesione per poter dare la migliore risposta possibile in termini di appropriatezza e tempestività al maggior numero possibile di bisogni dei nostri utenti con le risorse a disposizione. Il nuovo modello utilizza i principi del LEAN THINKING (LT) e l'Azienda Sanitaria di Firenze è la prima in Italia ad avere introdotto il LT con un approccio di sistema che coinvolge tutte le professioni. È in questo contesto che gli infermieri stanno riprogettando l'organizzazione del proprio lavoro attraverso la valorizzazione delle competenze, l'utilizzo delle risorse in base all'intensità di cura e la personalizzazione della risposta assistenziale.</p>
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	<p>Il Progetto Organizzazione LEAN dell'assistenza rappresenta una decisione adottata dalla Direzione Generale per avviare la revisione dei processi organizzativi di assistenza ospedaliera. Attraverso il regolamento aziendale è stata trasformata l'organizzazione strutturale dei reparti ospedalieri, in coerenza con le logiche LEAN, andando a ridefinire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il layout delle "macrolinee chirurgiche e mediche" utilizzando criteri organizzativi quali, ad esempio, la suddivisione della linea chirurgica d'urgenza e di elezione; - le funzioni degli operatori sanitari. Per quanto attiene l'area infermieristica gli aspetti più significativi riguardano i modelli assistenziali (cellula di assistenza), la revisione delle funzioni di pianificazione, valutazione e assistenza verso una maggiore personalizzazione degli interventi ed una valorizzazione delle competenze dell'operatore socio sanitario nel ciclo continuo di assistenza; - i fabbisogni di risorse umane verso un pieno utilizzo delle competenze professionali ed un supporto nell'attività pratica di tecnologie innovative e sistemi informatici.

<p>Problema</p>	<p>Nei presidi ospedalieri dell'azienda sanitaria di Firenze esistono situazioni di criticità organizzativa riferite principalmente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attività di assistenza organizzata sul modello funzionale con scarsa partecipazione degli operatori e con bassi livelli di personalizzazione delle cure; - disomogeneità della dotazione delle risorse nei sei ospedali che fanno parte dell'azienda, con alto tourn-over nei presidi e reparti con maggior carico assistenziale; - difficoltà nell'inserimento dell'OSS e nella valorizzazione e sviluppo delle competenze infermieristiche all'interno dell'organizzazione funzionale; - esaurimento della funzione di leadership dei tradizionali ruoli di coordinamento e direzione a livello degli uffici infermieristici; - necessità di cambiamenti organizzativi per utilizzare le competenze acquisite dai dipendenti infermieri nel corso degli ultimi anni (master, perfezionamenti, laurea specialistica).
<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<p>È stato implementato un modello che utilizza i principi del <i>leanthinking</i> sulla base delle esperienze realizzate in ambito sanitario; oggi alcuni famosi ospedali, Virginia Mason, Mayo Clinic, Theda Care negli Stati Uniti, Flinders in Australia e Bolton Trust in UK utilizzano questo modello per riorganizzare settori di attività.</p> <p>Attraverso esperienze e stage formativi sono stati formati operatori esperti con la funzione di sostenere l'impianto metodologico nella realizzazione del sistema assistenziale. Il nuovo modello organizzativo è stato introdotto attraverso il coinvolgimento diretto dei professionisti di "prima linea" che sono i maggiori conoscitori di quello che attualmente non funziona e che possono valutare cosa potrebbe essere introdotto per migliorare. Sono stati realizzati eventi kaizen (settimane di miglioramento rapido) di cui 6 di tipo "exemplar" per definire le indicazioni di carattere generali e altrettanti all'interno di ogni presidio per scegliere le soluzioni organizzative puntuali.</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>Tutte le attività ospedaliere sono state ricondotte a cinque processi principali (linee di attività): chirurgia (distinta in elezione e urgenza), medicina, percorso nascita, <i>low care</i>, superando l'attribuzione delle risorse a spazi fisici, i vecchi reparti, assegnati alle singole Unità Operative cliniche. Ad oggi è stata attivata la linea chirurgica organizzata nei presidi in due macroblocchi di degenza, uno per i ricoveri urgenti e uno per i ricoveri programmati. I pazienti ricoverati sono affidati ad una Unità clinica e ad un team di infermieri.</p> <p>L'organizzazione dell'assistenza è stata costruita avendo come modello la cellula del <i>lean thinking</i>, una entità che racchiude al proprio interno tutte le risorse necessarie. Per questo sono creati dei team composti da infermieri e operatore socio sanitario che assistono un piccolo gruppo di pazienti, assicurando la massima continuità.</p> <p>Il <i>lay out</i> delle zone di degenza è stato rivisto per meglio organizzare gli spazi di lavoro, trovando soluzioni più ergonomiche che possano ridurre il tempo assorbito da attività che non aggiungono valore. È stata introdotta a regime la cartella unica informatizzata che comprende sezioni di pertinenza medica e sezioni di ambito infermieristico e che consente, ad entrambi i professionisti, la piena condivisione delle informazioni evitando inutili duplicazioni.</p> <p>Questo strumento consente la pianificazione individuale dell'assistenza ed è il supporto fondamentale per la valutazione integrata del paziente che avviene in momenti dedicati della giornata (briefing multiprofessionale) al di</p>

	fuori del classico “giro visita”, che è stato riletto e orientato alla valutazione congiunta dei soli pazienti per i quali è emersa la reale necessità nel corso del briefing.
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	Il progetto è interamente realizzato con risorse interne, ad oggi sono state coinvolte oltre 400 persone che hanno dedicato almeno 5 giorni lavorativi a ripensare il proprio modo di lavorare.
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	Il nuovo modello consente un migliore utilizzo delle risorse e ha fatto registrare importanti risultati in termini di aumento della produttività di circa il 19% e nella riduzione di circa il 90% del fenomeno degli appoggi che come noto rappresenta una delle principali cause di <i>malpractice</i> .

Titolo dell'esperienza	Osservatorio Infermieristico sulle Politiche Assistenziali del Territorio (OIPAT)
Regione	Toscana
Azienda	IPASVI Firenze
Città	Firenze
Indirizzo Struttura	Via P.L. da Palestrina 21
Telefono	055.359.866
Fax	055.355.648
Referente (Unico)	Cinzia Beligni
Email Referente (Unico)	cinzia.beligni@asf.toscana.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Coordinatrice del Progetto
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Cinzia Beligni, infermiere coordinatore area delle cronicità; Antonella Cipriani, infermiere coordinatore area pediatrica; Bernardo Franco, infermiere coordinatore area delle cronicità; Gabriele Giacomelli, infermiere clinico area salute mentale; Elena Nerozzi, infermiere coordinatore area della responsabilità; Cecilia Pollini, infermiere clinico area delle cronicità; Filippo Ricci, infermiere clinico area delle cure palliative.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo Relazionale Formativo
Altro (specificare)	L'Osservatorio si pone come <i>mission</i> il supporto e tutela degli infermieri dell'area territoriale, ambulatoriale, domiciliare e residenziale, nel rispetto delle varie aree professionali (cure primarie/nuclei per le cronicità, salute mentale e cure palliative adulti, adolescenza e infanzia), la supervisione ed il monitoraggio di progetti organizzativi/professionali attivi o in divenire, di favorire la crescita culturale nonché di offrire una consulenza in ambito normativo.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	Il nuovo Piano Sanitario Regionale (2008-2010) si esprime in merito all'attività territoriale in generale, in particolar modo riguardo all'area delle cronicità, fissando come prioritario il passaggio da una medicina di attesa ad una sanità d'iniziativa, ripensando l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini in un'ottica di equità, propria di un sistema universalistico. Specifica, inoltre, per la salute mentale, la promozione dei processi di riorganizzazione (già attivi in qualche realtà), con particolare attenzione a garantire che l'attività di ricovero ospedaliero rimanga all'interno di un percorso di cura definito che preveda la messa in atto di azione per evitare ogni forma di contenzione fisica.
Problema	Obiettivi del progetto: 1. individuare persone esperte in ogni ambito territoriale quali portavoce dello specifico professionale; 2. supportare i progetti formativi promossi al fine di creare e/o ampliare competenze; 3. costituire una mappa dei progetti esistenti di continuità e implementazione di sistemi di verifica; 4. sostenere progetti innovativi a supporto dei bisogni del territorio

	<p>(infermiere di famiglia);</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. monitorare le sinergie interdisciplinari presenti sul territorio ai fini di promuovere l'ottimizzazione delle risorse in gioco; 6. promuovere l'importanza del territorio all'interno della comunità professionale; 7. stimolare interesse facendo leva sulle opportunità rappresentate dal nuovo scenario assistenziale; 8. fornire un supporto metodologico per l'analisi della responsabilità professionale; 9. promuovere e sviluppare una cultura della responsabilità al fine di accrescere autonomia professionale, maggiore libertà operativa e maggiore livello di responsabilizzazione.
Soluzione (tipo d'intervento)	<p>Le aree d'intervento dell'Osservatorio sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sanità d'iniziativa all'interno delle cronicità (<i>Chronic Care Model</i>); 2. percorsi assistenziali (Ospedale e Territorio; SPDC e SMC, DEA e territorio); 3. gestione del dolore in ambito domiciliare sia nelle cure palliative che nelle primarie; 4. la sanità in carcere; 5. nuovi modelli organizzativi all'interno del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC).
Risultati ottenuti	<p>L'attività di mappatura dei progetti esistenti sulla provincia di Firenze, in fase iniziale, e sulla regione Toscana successivamente, è finalizzata alla creazione di punti di riferimento interni al collegio IPASVI di Firenze, che rappresentino un collegamento e punto di riferimento tra i vari professionisti dell'assistenza in merito alle esperienze in atto.</p>
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	<p>Per le riunioni ordinarie OIPAT e straordinarie Riunioni, per il materiale informativo, per gli incontri con i dirigenti infermieristici e per i convegni, per l'acquisto materiale specifico, è stata preventivata una spesa di euro 7.000.</p>
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<p>Aumento della sicurezza e della motivazione professionale degli infermieri dell'area territoriale, ambulatoriale, domiciliare e residenziale, delle varie aree professionali (cure primarie/nuclei per le cronicità, salute mentale e cure palliative adulti, adolescenza e infanzia); sviluppo delle competenze nei singoli settori e monitoraggio dei progetti in atto.</p>

Titolo dell'esperienza	Osservatorio lesioni cutanee dell'Azienda Sanitaria Firenze: esperienza e progettualità.
Regione	Toscana
Azienda	Azienda Sanitaria di Firenze
Dipartimento/i	Servizio Assistenza Infermieristica e Ostetrica (SAIO)
Unità operativa/e	Osservatorio Aziendale Lesioni Cutanee
Città	Firenze
Indirizzo Struttura	S. Maria Nuova 1
Telefono	055.27.58.736
Fax	055.27.58.336
Referente (Unico)	Francesca Falciani
Email Referente (Unico)	francesca.falciani@asf.toscana.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiere Coordinatore Osservatorio Lesioni Cutanee
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Francesca Falciani, Infermiere Coordinatore Osservatorio Lesioni Cutanee; Francesca Chellini, infermiera; Alberto Goti, infermiere coordinatore; Alessandro Cecchi, infermiere coordinatore; M. Grazia Monti, Dirigente Infermieristico Responsabile SAIO.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico
Altro (specificare)	La principale attività svolta dall'Osservatorio è quella clinica proiettata attraverso attività di consulenza infermieristica e monitoraggio sia in ambito ospedaliero che territoriale.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	<p>Nel 2004 la Direzione Aziendale accoglie una proposta della Direzione Infermieristica Territoriale Firenze per lo sviluppo di competenze e sensibilità verso il problema delle lesioni e la pianificazione di studi epidemiologici.</p> <p>Successivamente, nel 2006, l'Osservatorio diviene aziendale, strutturando le attività di ricerca e di consulenza verso i colleghi infermieri, con l'obiettivo di perseguire la qualità dell'assistenza infermieristica.</p> <p>In questa scelta si manifesta la sensibilità della direzione aziendale verso i processi di cura orientati al problema ulcere, nonché il governo dei processi correlati, rispondendo così anche alla chiamata dell'Agenzia Regionale Sanità sull'implementazione delle Linee Guida regionali "Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione" emanate nel 2005.</p> <p>Il monitoraggio epidemiologico ha portato ad una maggiore conoscenza del fenomeno e ha incrementato l'attività dell'Osservatorio, diventato punto di riferimento per tutti gli infermieri impegnati nella prevenzione e cura delle ulcere cutanee.</p>
Problema	<p>Il problema di gestire i percorsi inerenti alle ulcere cutanee e le problematiche interconnesse rappresenta un quesito sociale di non indifferente entità, come si evince da dati epidemiologici regionali e nazionali.</p> <p>Il problema ulcere cutanee è considerato marginale e spesso compreso come un'attività di non primaria importanza.</p> <p>A livello territoriale e domiciliare dove molto spesso i pazienti si trovano a</p>

	<p>dover convivere con il problema nella fase del proseguimento delle cure, le lesioni croniche rappresentano un'importante problematica sociale. Oltre a colpire, nelle sue varie forme, un numero importante di soggetti, esse determinano costi diretti, indiretti ed intangibili molto elevati; a questi spesso devono essere aggiunti quelli di gestione delle complicanze associate (infezione, dolore, discomfort, ecc.).</p> <p>I costi diretti per le ulcere cutanee croniche ed una frazione attribuibile a patologie correlate includono diagnostica, assistenza, accessibilità ai percorsi; quelli indiretti, costi sociali per pazienti e familiari.</p>
<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<p>La missione dell'Osservatorio Aziendale è contribuire a creare percorsi assistenziali orientati alla patologia, innescare la spirale della qualità assistenziale utilizzando comunque risorse umane e strutturali già poste in essere e che non richiedono costosi investimenti; quelli necessari sono comunque giustificati da razionali EBN e da protocolli e linee guida di recente elaborazione.</p> <p>Per far ciò si utilizzano le competenze cliniche organizzative e metodologiche dei componenti dell'Osservatorio e della rete di referenti ospedalieri e territoriali che afferiscono a questo Servizio; tutto ciò in collaborazione con altri Servizi Aziendali (Technology Assessment, VRQ, Direzioni Infermieristiche Territoriali e Ospedaliere).</p> <p>Il tipo di attività si articola tra la consulenza ai colleghi, la valutazione di appropriatezza di presidi e ausili, pianificazione di progetti e protocolli di ricerca, organizzazione di indagini epidemiologiche di prevalenza aziendali e regionali, collaborazioni con l'Agenzia Regionale di Sanità, formazione aziendale e universitaria.</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) È stata raggiunta l'uniformità degli strumenti e dei comportamenti attraverso la diffusione della cultura e delle conoscenze professionali peculiari del know-how infermieristico che hanno permesso la personalizzazione dell'assistenza. 2) È stata creata una rete di referenti aziendali per l'integrazione del lavoro connesso alla clinica e al management delle lesioni e lo scambio delle informazioni correlate. 3) È stata perseguita la formazione continua rivolta a tutto il personale infermieristico con lo sviluppo delle competenze professionali, le ricadute clinico/organizzative, l'incremento di buone pratiche e della prevenzione tramite l'implementazione di protocolli, linee guida e metodologia della ricerca. 4) Annualmente vengono effettuate indagini epidemiologiche sia a livello ospedaliero che territoriale che permettono di acquisire dati per l'orientamento verso un corretto utilizzo delle risorse. Gli indicatori epidemiologici qualitativi e quantitativi ci orientano nel cambiamento all'evoluzione globale del percorso di cura al paziente con ulcere cutanee. 5) L'Osservatorio, in maniera autonoma o in collaborazione con l'Università di Firenze, ha sviluppato progetti di ricerca su quesiti peculiari all'assistenza dei pazienti con lesioni.

Titolo dell'esperienza	Piani infermieristici standard e care pathways
Regione	Toscana
Azienda	Azienda Sanitaria di Firenze
Dipartimento/i	Servizio Assistenza Infermieristica e Ostetrica (SAIO)
Unità operativa/e	Assistenza Infermieristica Ospedaliera N. S. Giovanni di Dio (NSGD)
Città	Firenze
Indirizzo Struttura	Piazza S. Maria Nuova 1
Telefono	055.27.58.736
Fax	055.27.58.736
Referente (Unico)	Antonio Gant
Email Referente (Unico)	antonio.ganti@asf.toscana.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiere Coordinatore Direzione Infermieristica Ospedale N. S. Giovanni di Dio
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Antonio Gant, Infermiere Coordinatore Direzione Infermieristica Ospedale NSGD; Iannello Giuseppe, Infermiere di linea Chirurgia NSGD; Maristella Mencucci Direttore UO Assistenza Infermieristica NSGD; Marcello Gamannossi, Direttore SA Assistenza Infermieristica NSGD; M. Grazia Monti, Dirigente Infermieristico Responsabile SAIO.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico
Altro (specificare)	Migliorare la qualità dell'assistenza e il livello di <i>customer satisfaction</i> ; perseguire il giusto equilibrio tra la standardizzazione dell'assistenza (nel segno delle migliori evidenze scientifiche) e la personalizzazione dell'assistenza (nel segno del coinvolgimento e promozione dell' <i>empowerment</i> dell'utente). Il progetto si configura come un importante investimento dell'azienda sanitaria fiorentina in termini di qualità dell'assistenza infermieristica, facendo leva su strumenti quali <i>evidence based practice</i> , <i>auditing clinico</i> , <i>risk management</i> e vede coinvolti professionisti che hanno seguito iter formativi specifici su tali argomenti, sia in ambito universitario, che in quello della formazione e aggiornamento regionale/aziendale.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	Raccomandazione Regionale (Piano Sanitario Regione Toscana 2008-2010, pag. 193)
Problema	La continua crescita di domanda di salute a causa dell'invecchiamento della popolazione e dell'incremento delle patologie croniche, la crescente complessità clinico-assistenziale dovuta allo sviluppo delle tecnologie diagnostico-terapeutiche, la riorganizzazione dell'azienda in senso dipartimentale e degli ospedali per intensità di cure, impongono agli operatori sanitari nuove competenze e nuovi strumenti per dare risposte appropriate, personalizzate e tempestive ai bisogni di salute dell'utenza. Protocolli e procedure diagnostico-terapeutiche spesso sono strumenti

	<p>rigidi e insufficienti a garantire risposte adeguate se non per singoli segmenti del processo di cura: il loro carattere monoprofessionale non favorisce l'integrazione delle professioni, la loro rigidità può talvolta impoverire il giudizio clinico, la mancanza di un sistema d'indicatori ad essi associato non garantisce una monitorizzazione sui risultati.</p> <p>Gli attuali obiettivi di miglioramento impongono uno sviluppo dell'assistenza infermieristica, a partire da una presa in carico diretta del singolo utente e di una pianificazione dell'assistenza che si traduca in un piano assistenziale.</p> <p>Le competenze infermieristiche disponibili al momento non sono omogenee e sufficienti a garantire questa sfida con gli strumenti attualmente in uso.</p>
<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Approntare strumenti con i quali i concetti di standardizzazione e di personalizzazione possono coesistere e integrarsi armonicamente. - Uniformare il più possibile il comportamento degli operatori sanitari alla luce di evidenze scientifiche per snellire il processo diagnostico-terapeutico-assistenziale; al contempo personalizzare l'assistenza nel segno del coinvolgimento del paziente nel proprio processo di cura, potenziare l'informazione e l'educazione, centralizzare la figura dell'utente. <p>Dalla revisione delle linee guida e dalla loro implementazione, si producono dei percorsi clinico-assistenziali (<i>care pathways</i>) locali, frutto dell'adattamento delle raccomandazioni generali di <i>best practice</i> alla singola realtà organizzativo-strutturale-professionale ospedaliera in senso multiprofessionale e multidisciplinare.</p> <p>Strumenti condivisi da tutti gli operatori coinvolti per dare la miglior risposta possibile, secondo una sequenza prestabilita d'interventi, a utenti con problemi clinici e bisogni assistenziali specifici.</p> <p>Gli infermieri dispongono di uno strumento per pianificare l'assistenza nel segno della standardizzazione, fin dove possibile, e proseguire poi con la personalizzazione.</p> <p>I cosiddetti piani standard dialogano informaticamente con i <i>care pathways</i> relativi, in modo da facilitare e snellire il lavoro degli infermieri, evitando loro la duplicazione di attività quali la rilevazione dati, l'inserimento degli stessi nella documentazione clinica, la stampa reiterata di documenti, ecc...</p> <p>La conoscenza dei principi fondamentali dell'<i>evidence based health care</i>, dei suoi principali strumenti (consultazione di banche dati generali e specifiche), un'attenta analisi del contesto locale e l'implementazione di strumenti di gestione clinica quali l'<i>auditing</i> e il <i>risk management</i> sono premesse fondamentali di tale progetto; in tal senso dunque, l'azienda si è mossa investendo in apposita formazione e ricerca.</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>Il progetto ha avuto inizio nell'aprile del 2008 nel presidio N. S. Giovanni di Dio. È stato prodotto un prototipo di piano standard per il paziente con frattura collo femore sulla base del relativo <i>care pathway</i> redatto precedentemente; è stata sondata la possibilità d'informatizzazione col servizio di tecnologie informatiche aziendali ed avviata la fase sperimentale.</p> <p>Previa formazione e addestramento sul campo, gli infermieri della linea chirurgica di urgenza hanno iniziato a pianificare l'assistenza dei pazienti con diagnosi d'ingresso "frattura collo femore" usando il piano standard informatizzato collegato al relativo <i>care pathway</i>.</p> <p>Ciò ha facilitato la presa in carico formale (tracciabilità del percorso e dell'infermiere che ne è responsabile), sostanziale e diretta del singolo paziente da parte dell'infermiere che così diventa il "riferimento",</p>

	l'infermiere di processo per quel paziente durante il periodo dell'intera degenza, assicurando la continuità del percorso, dall'ammissione alla dimissione.
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	Risorse umane impegnate: 1 infermiere di Direzione infermieristica, 2 referenti infermieristici di Dipartimento (medicina, chirurgia), 1 informatico, 8 infermieri di processo della linea chirurgica d'urgenza.
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<p>Questo doppio strumento consente l'implementazione di un nuovo e più evoluto modello di assistenza infermieristica, basato sui concetti di presa in carico diretta, pianificazione assistenziale, personalizzazione, superamento della presenza infermieristica nel classico "giro visita" con introduzione di <i>briefing</i> multiprofessionali.</p> <p><i>Care pathway</i> e piano standard costituiscono, infatti, un validissimo esempio di documentazione clinica integrata e informatizzata che consente il rapido ed efficace scambio d'informazioni tra medici ed infermieri; con il perfezionamento e l'addestramento di tutti gli operatori all'uso di detti strumenti, i <i>briefing</i> multiprofessionali si snelliranno progressivamente andando a focalizzarsi sulle variazioni, ovvero sugli scostamenti dal percorso ottimale previsto per quel determinato problema clinico.</p> <p>Il post visita diventerà il momento focale per questo veloce scambio di informazioni, essendo la documentazione esauriente e chiara per orientare buona parte degli interventi clinico-assistenziali e l'esame obiettivo stesso.</p>
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>Questa esperienza è trasferibile in tutte le degenze ospedaliere, previa adeguata formazione teorica e sul campo.</p> <p>L'informatizzazione è elemento preferenziale, in quanto ad un incrocio informatico di dati è associabile un'ottimizzazione del tempo e la comodità di un database facilmente accessibile; tuttavia anche il corrispettivo cartaceo rimane ottima scelta alternativa, in quanto di pari utilità dal punto di vista concettuale.</p>

Titolo dell'esperienza	Progetto su integrazione e formazione di un'equipe di Cure Palliative.
Regione	Toscana
Azienda	Azienda Sanitaria di Firenze
Dipartimento/i	Oncologia
Unità operativa/e	Unità di cure palliative
Città	Firenze
Indirizzo Struttura	Hospice Convento delle Oblate, Piazza di Careggi 1
Telefono	055.79.54.020
Fax	055.79.54.021
Referente (Unico)	Marco Ghelardi
Email Referente (Unico)	marco.ghelardi@asf.toscana.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiere Coordinatore
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Marco Ghelardi, Iacopo Lanini.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo Formativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	Nel documento della Regione Toscana sulla formazione degli hospice è raccomandata l'integrazione dell'equipe di cure palliative domiciliare e l'hospice.
Problema	L'esigenza di questo progetto nasce dal fatto che devono essere integrati nell'equipe di cure palliative della zona Firenze, che fa assistenza domiciliare in previsione dell'hospice, nuovi operatori con professionalità, competenze, esperienze uguali e/o diverse dalle attuali presenti nel gruppo ma con un obiettivo comune.
Soluzione (tipo d'intervento)	È presentato un progetto svolto a definire le fasi d'indagine e studio del clima contestuale che porti attraverso "l'apprendimento cooperativo" alla condivisione da parte di tutti gli operatori degli obiettivi stabiliti. Cosa fare: condividere la motivazione personale e culturale del lavorare in cure palliative, incentivare un clima positivo nell'ambiente di lavoro, il rispetto degli altri, la tutela dello spazio personale, la condivisione delle esperienze e l'empatia verso gli altri. Come fare: individuare gli aspetti critici attraverso il metodo dell'apprendimento cooperativo, una metodologia di apprendimento di gruppo in cui l'individuo per ottenere obiettivi personali passa attraverso il conseguimento degli obiettivi di gruppo.
Risultati ottenuti	Il primo obiettivo raggiunto riguarda la diffusione di conoscenze riguardanti le cure palliative per i nuovi operatori dedicati al lavoro in hospice. È prevista una seconda fase di valutazione dei dati circa le attività formative riguardanti gli operatori dell'intera equipe.

Titolo dell'esperienza	Migliorare la qualità delle cure di fine vita in un reparto di medicina.
Regione	Liguria
Azienda	ASL 3 Genovese - Presidio Ospedaliero Villa Scassi
Dipartimento/i	Medicina
Unità operativa/e	Medicina Generale
Città	Genova
Indirizzo Struttura	Corso Scassi 1
Referente (Unico)	Carla Rossi
Email Referente (Unico)	carla.rossi@villascassi.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiera di cure palliative
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Il gruppo di Ricerca LCP-I è costituito da: Massimo Costantini, Monica Beccaro, Silvia Di Leo, Stefania Finelli (IST Genova), Flavio Fusco, Elena Rapisarda, Francesca Marengo, Simonetta Fiandaca (ASL 3 Genova), Guia Flego e Carla Rossi (Ospedale Villa Scassi di Genova).
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo Relazionale Formativo
Altro (specificare)	Sviluppo e implementazione pilota, per la prima volta in Italia, di un percorso integrato per il miglioramento della qualità delle cure di fine vita in ospedale.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	Questo progetto rappresenta l'implementazione, per la prima volta in Italia, di un programma di miglioramento della qualità delle cure di fine vita. Il Programma è stato messo a punto nella sua versione italiana dalla Rete Ligure di Cure Palliative di Genova.
Problema	Nonostante lo sviluppo di programmi di cure palliative e di <i>hospice</i> , nei paesi con sistemi sanitari sviluppati, Italia compresa, la maggior parte dei pazienti oncologici continua a morire in ospedale, in particolare nei reparti di Medicina. Numerosi studi evidenziano come la qualità delle cure di fine vita erogate a livello ospedaliero sia inadeguato. La formazione degli operatori medici ed infermieri, e l'organizzazione della struttura ospedaliera, non sono adeguati per affrontare la complessità dei bisogni di una persona alla fine della vita. Interventi di tipo formativo sono risultati inefficaci nel modificare questa situazione. Negli ultimi anni sono stati introdotti, in particolare in ospedali americani e inglesi, interventi di miglioramento della qualità, in particolare <i>care pathways</i> (percorsi integrati di cura) con l'obiettivo di rendere più competente il personale ospedaliero nell'affrontare le problematiche di fine vita. Tra questi programmi, le Liverpool Care Pathways for the Care of the Dying (LCP) sono sembrate le più strutturate ed efficaci.
Soluzione (tipo d'intervento)	In accordo con l'Università di Liverpool, le Liverpool Care Pathway for the Care of the Dying (LCP) sono state tradotte in italiano, mantenendone inalterata la struttura originaria.

	<p>La versione italiana delle LCP, denominata "un percorso integrato per le cure di fine vita in ospedale " (LCP-I) sono state implementate per la prima volta nella Medicina dell'ospedale Villa Scassi di Genova fra il marzo ed l'ottobre 2007.</p> <p>Le LCP-I sono un programma di miglioramento della qualità che si svolge in più stadi. Il programma è supportato ed implementato da un'equipe di cure palliative.</p> <p>Il cambiamento ruota intorno all'introduzione di una cartella clinica unica organizzata per obiettivi. La cartella, che sostituisce le esistenti, viene aperta dall'equipe di cura quando il paziente viene giudicato alla fine della vita.</p> <p>Il programma prevede una formazione iniziale di 12 ore per tutto il personale medico ed infermieristico del reparto.</p> <p>Le tematiche riguardano tutte le dimensioni di interesse per le cure di fine vita: la rimodulazione degli interventi e delle terapie, i sintomi fisici e psicologici, la comunicazione con il paziente e i familiari, la dimensione dell'etica e della spiritualità. Esaurita la fase di formazione inizia un periodo in cui il personale dell'equipe di cure palliative sostiene il reparto nel processo di cambiamento.</p> <p>Il programma si conclude dopo 6 mesi.</p> <p>Questo programma di miglioramento della qualità è stato valutato con una metodologia mista, quantitativa e qualitativa. Sono stati condotti <i>focus group</i> con campioni di medici e infermieri, prima, durante e dopo la conclusione dell'intervento. L'impatto del programma sulla qualità delle cure di fine vita è stato misurato attraverso una revisione delle cartelle cliniche e in interviste a familiari di deceduti per tumore prima e dopo l'implementazione del programma.</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>Il programma è stato implementato con successo fra il 15 aprile e il 31 ottobre 2007. L'analisi dei trascritti delle registrazioni dei <i>focus group</i> con medici e infermieri evidenzia una percezione in entrambe le figure professionali di un cambiamento positivo, in particolare nell'ambito del controllo del dolore e degli altri sintomi, nonché negli aspetti relativi alla comunicazione con paziente e i familiari.</p> <p>Gli infermieri riportano un miglioramento della relazione con i medici. Sono stati identificati 49 deceduti per tumore nei 4 mesi precedenti e 33 deceduti nei 4 mesi successivi l'implementazione del programma. Per tutti questi pazienti è stato identificato il <i>caregiver</i> principale a cui è stata inviata una lettera con una proposta di intervista sulle cure di fine vita ricevute in ospedale dal suo familiare.</p> <p>Complessivamente sono state realizzate 58 interviste a familiari, con una <i>compliance</i> del 75%.</p> <p>I familiari sono stati intervistati utilizzando una intervista semi-strutturata, il <i>toolkit</i>, appositamente tradotto ed adattato in lingua italiana. Lo strumento permette l'analisi di 7 dimensioni che analizzano la qualità delle cure ricevute dal paziente e dai familiari. Per tutte e 7 le scale è stato osservato un significativo miglioramento nel gruppo dei familiari di pazienti deceduti dopo l'intervento, rispetto al gruppo di familiari di pazienti deceduti prima dell'intervento. Dopo l'intervento, risulta migliorato, secondo i familiari, anche il controllo del dolore.</p>
<p>Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)</p>	<p>I costi sono al momento difficilmente quantificabili. Il programma necessita, per la sua implementazione, di una equipe di cure palliative con medici, infermieri e psicologi. L'equipe deve essere in grado, dopo la fase di formazione, di garantire al reparto un supporto più o meno</p>

	intensivo nel processo di cambiamento. Il programma dura complessivamente 6 mesi.
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	Dato l'evidente impegno di risorse che l'implementazione del programma comporta, i benefici devono essere consistenti, e ci si aspetta un cambiamento significativo e duraturo nel tempo. In particolare il reparto diventa competente ad affrontare le problematiche della fine della vita per il paziente e per i suoi familiari.
Esperienze di trasferimento/Diffusione	Il programma è stato implementato per la prima volta in Italia nel reparto di medicina dell'ospedale di Villa Scassi. È appena stata avviata una seconda implementazione nella pneumologia dello stesso ospedale.
Eventuali note	Il programma rappresenta la prima fase di un programma di ricerca triennale finanziato dal Ministero della Salute (2007-2010) che prevede, tra l'altro, l'avvio di una valutazione sperimentale del programma in almeno cinque regioni italiane (Liguria, Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna e Toscana).

Titolo dell'esperienza	Modello organizzativo di Day Surgery centralizzata polispecialistica.
Regione	Liguria
Azienda	E.O. Ospedali Galliera
Dipartimento/i	Chirurgia e malattie dell'apparato digerente
Unità operativa/e	Day Surgery
Città	Genova
Indirizzo Struttura	Mura delle Cappuccine 14
Telefono	010.56.34.882/892
Fax	010.56.34.881
Referente (Unico)	Alba Biglieri
Email Referente (Unico)	alba.biglieri@galliera.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Coordinatrice infermieristica
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Il gruppo di lavoro è composto da un medico chirurgo responsabile con funzioni gestionali, due impiegati amministrativi; nel settore degenza: una coordinatrice infermieristica, 8 infermiere professionali, 1 operatore socio sanitario, 1 ausiliaria socio-sanitaria. Nel quartiere operatorio: 8 infermieri, 1 operatore socio sanitario, 2 ausiliari socio-sanitari.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo
Altro (specificare)	Il percorso dell'utenza è separato rispetto il ricovero ordinario; sono state dedicate strutture apposite (degenza, spazi di attesa e convivenza, due sale operatorie), così come un servizio amministrativo che rende pertinenti le attività infermieristiche occupandosi di tutta la componente burocratica-amministrativa. La struttura è certificata secondo le norme ISO 9001-2000 dal luglio 2002.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	L'azienda nel 2002 ha deciso di istituire un reparto dove vengono trattate tutte le patologie chirurgiche in regime di <i>day surgery</i> con finanziamento regionale. Da allora la normativa nazionale e regionale ha comunque incentivato, in termini soprattutto tariffari, la conversione degli interventi ordinari in <i>day surgery</i> per razionalizzare e ridurre i ricoveri ordinari e riorganizzare i posti letto per acuti.
Problema	I piani strategici aziendali non facevano riferimento ad un rinnovo dell'assetto organizzativo dell'ospedale all'apertura del servizio, ma le conseguenze della nostra attività hanno reso evidente la possibilità di razionalizzare risorse e posti letto così come le attività connesse al percorso del paziente chirurgico.
Soluzione (tipo d'intervento)	Il servizio lavora 5 giorni 24h su 24 tranne il venerdì, chiusura alle ore 21. Le specialità chirurgiche afferenti sono in tutto 19. Il percorso prevede: la visita specialistica con l'indicazione all'intervento e l'inserimento in una lista d'attesa informatizzata aziendale. I coordinatori infermieristici della degenza e della camera operatoria della Day Surgery (DS), insieme al responsabile medico programmano la distribuzione delle sedute operatorie per le diverse specialità in base al criterio delle liste di

	<p>attesa e delle patologie tumorali (max 14 giorni di attesa) per il mese. In base all'assegnazione, il personale amministrativo chiama i pazienti comunicando telefonicamente il giorno del pre-ricovero la data dell'intervento e convocandoli telefonicamente. Il giorno del pre-ricovero viene aperta la cartella clinica ed effettuate le visite in ambulatorio infermieristico, dove vengono fornite le informazioni di preparazione all'intervento, consegnata la brochure informativa sul servizio offerto ed effettuati gli esami ematici e l'ECG. Viene inoltre effettuata la visita anestesiológica ed eventuali ulteriori accertamenti che verranno eseguiti nella stessa mattina o prenotati nei giorni immediatamente successivi.</p> <p>Il giorno dell'intervento il paziente viene accolto dall'infermiere che verifica con intervista la preparazione, e ne segue il percorso fino alla dimissione, che avviene lo stesso giorno o il giorno successivo (<i>one day surgery</i>). La continuità assistenziale viene assicurata da una telefonata a domicilio effettuata dal personale infermieristico il giorno successivo all'intervento. Tutti i dati rilevati dalla telefonata e dai questionari qualità ritirati alla dimissione sono inseriti in data base dai quali vengono estratti ed elaborati per gli indicatori. Sempre per quanto riguarda la programmazione, settimanalmente il gestionale medico e le due coordinatrici verificano le liste della settimana successiva valutando i tempi operatori e la congruità delle risorse infermieristiche e di supporto.</p> <p>Le due camere operatorie lavorano attualmente, per una situazione contingente, solo il mattino. L'attività ordinaria prevede le sedute al mattino su due sale, nel pomeriggio su una sola sala.</p> <p>Il bacino d'utenza comprende adulti, bambini e anziani che rispondono ai requisiti clinici e socio-familiari per questa modalità di ricovero; più recentemente anziani, adulti e bambini affetti da patologie gravemente invalidanti e/o fragilità (affetti da morbo di Alzheimer, Down) che devono essere sottoposti in particolare a cure di tipo odontoiatrico.</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>L'esperienza che vorremmo proporre è relativa all'impatto che la nostra organizzazione ha avuto a livello aziendale. In merito alla filosofia del servizio, al cliente interno (il chirurgo) vengono offerti spazi operatori, degenziali e professionalità, ma egli non possiede posti letto "di proprietà". Abbiamo proposto quindi un modello culturale diverso che inizialmente ha creato notevoli resistenze ma che una volta testato ha raccolto consenso. A regime il sistema ha (come da mandato istituzionale) liberato la chirurgia dagli interventi di minore complessità; il risultato immediato è stato l'accorpamento di una divisione di chirurgia con la riduzione di circa 40 posti letto.</p> <p>Nel 2007 è stato anche realizzato un progetto di conversione dell'attività chirurgica con l'obiettivo di portare dalle percentuali del 32% day surgery, del 54% interventi ordinari, del 14% interventi d'urgenza, alle percentuali: 45% day surgery, 45% interventi ordinari, 10% interventi d'urgenza. L'obiettivo è stato raggiunto isorisorse (ossia con l'organico descritto in precedenza) con incentivi per il personale.</p> <p>Il modello di pre-ricovero da noi istituito per la day surgery (ossia le modalità per eseguire gli accertamenti necessari per effettuare l'intervento) è stato riprodotto per tutti gli accessi in ricovero ordinario semplificando e riducendo i tempi dei percorsi utente all'interno dell'ospedale.</p> <p>Siamo riusciti ad uniformare i comportamenti dei clinici che accedono al servizio in tema di profilassi antibiotica, tromboembolica procedure di accettazione, dimissione, esami pre-intervento.</p>

	<p>Abbiamo inoltre un ottimo ritorno dall'utenza grazie al monitoraggio degli indicatori sul gradimento e la qualità delle nostre cure.</p> <p>Abbiamo infine proposto e sperimentato un protocollo (che è stato ufficialmente riconosciuto a livello regionale e quindi adottato dalle aziende liguri) per il trasferimento di interventi dal regime ordinario a <i>one day surgery</i> (es. tiroidectomie).</p>
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	Acquisizione di una operatrice socio sanitaria e un'infermiera per l'attivazione delle notti dal dicembre 2003 nella degenza.
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<p>Nel dipartimento si sono liberate risorse per l'assistenza ad alta intensità di cura così come spazi operatori nel blocco operatorio per gli interventi di elezione a maggior complessità. L'utenza ha un percorso definito nei tempi e nelle procedure, informato dal materiale da noi formulato.</p> <p>Il ritorno in termini di soddisfazione per le cure ricevute e l'assistenza da parte dei pazienti è lusinghiero: i questionari di ritorno sono pieni di attestati di stima e riconoscimento verso la nostra figura professionale.</p> <p>Il personale infermieristico lavora in piena autonomia e il sistema qualità ci stimola alla revisione periodica delle attività e al cambiamento, così come la polispecialità comporta l'aggiornamento delle conoscenze e la richiesta di consulenza a colleghi più esperti. L'evidenza della conduzione infermieristica ha portato una notevole visibilità alla nostra figura professionale.</p>
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>La nostra struttura è riferimento per le day surgery in attivazione: il modello organizzativo centralizzato polispecialistico risulta nel settore il modello ideale e a più alto rendimento.</p> <p>La rete di scambio è attiva con gli ospedali di Milano (Humanitas), Firenze (Palagi), Novi Ligure, Sanremo, Savona, Cremona, Tortona, Mondovi-Cuneo.</p>
Eventuali note	<p>La forza e il rendimento della struttura è il gruppo di lavoro. La conduzione è fondamentalmente infermieristica, abbiamo un'autonomia che nasce dalla condivisione delle scelte strategiche ed operative.</p> <p>e fasi del percorso (pre-ricovero, giornata di ricovero, dimissione) sono gestite interamente dall'infermiere.</p>

Titolo dell'esperienza	Qualità del Consenso Informato nelle Sperimentazioni Cliniche.
Regione	Liguria
Azienda	Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro
Dipartimento/i	Direzione Scientifica
Unità operativa/e	SC Clinical Trials
Città	Genova
Indirizzo Struttura	Largo Rosanna Benzi, 10
Telefono	010.56.001
Fax	010.56.00.850
Referente (Unico)	Gianluca Catania
Email Referente (Unico)	gianluca.catania@istge.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiere di Ricerca
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Gianluca Catania (infermiere); Ilaria Poirè (infermiera); PierDavide Guenzi (bioeticista); Rosangela Barcaro (bioeticista); Mariella Lombardi (bioeticista); Luca Boni (Biostatistico)
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Relazionale
Altro (specificare)	Il progetto nasce dall'esigenza di migliorare e "misurare" il processo di consenso informato nell'ambito delle sperimentazioni cliniche in oncologia.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	No, nasce dall'esigenza di aumentare il coinvolgimento degli infermieri nel processo di consenso informato per permettere loro di agire il ruolo di advocacy in ambito oncologico.
Problema	La ricerca clinica rappresenta una tappa fondamentale nel processo che trasferisce le scoperte scientifiche in elementi che offrono la prospettiva di una vita migliore. Nonostante dalla ricerca clinica possano derivare dei benefici per la popolazione generale, non bisogna dimenticare che nell'ambito di qualsiasi sperimentazione è necessario rispettare con assoluto rigore gli obblighi etici e legali a difesa dei diritti dei partecipanti.
Soluzione (tipo d'intervento)	Al momento, non esiste alcun metodo standard di valutazione della qualità del processo che porta all'acquisizione del consenso informato. Ciò rappresenta una chiara limitazione per il ricercatore, per il quale non è possibile valutare il grado di comprensione che il paziente ha raggiunto circa i vantaggi e i rischi legati alla sua partecipazione alla sperimentazione clinica. Validazione e implementazione del QuIC (Quality of Informed Consent) questionario sviluppato per misurare la comprensione e la conoscenza degli aspetti legati alla sperimentazione clinica da parte di chi vi partecipa in qualità di paziente.

Risultati ottenuti	1) Validazione dello strumento. 2) Utilizzo del questionario su 21 pazienti.
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	Personale dipendente (2 infermiere, 1 biostatistico). Personale in consulenza (3 bioeticisti).
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	Promuovere la cultura del processo di consenso informato tra gli infermieri, misurare la qualità delle informazioni ricevute dai pazienti con il fine di incrementare la sicurezza del paziente e l'integrità dei dati raccolti nelle sperimentazioni cliniche.
Esperienze di trasferimento/Diffusione	Il questionario QuIC validato può rappresentare uno strumento di facile utilizzo nelle oncologie italiane.

Titolo dell'esperienza	Dalla formazione alla realizzazione di un ambulatorio infermieristico specialistico.
Regione	Toscana
Azienda	Asl 6
Dipartimento/i	Area chirurgica
Unità operativa/e	Chirurgia/urologia
Città	Livorno (Cecina)
Indirizzo Struttura	Via Montanara
Telefono	0586.614.293
Fax	0586.614.216
Referente (Unico)	Raffaella Tecce
Email Referente (Unico)	raffaellatecce66@tele2.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiere stomaterapista
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Marcella Ristori, Maria Grazia Peruzzo.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo Relazionale
Altro (specificare)	Impatto clinico: l'attività preventiva, curativa permette una buona qualità di vita alla persona con stomia Impatto organizzativo: le persone percepiscono una buona organizzazione e un lavoro di équipe. Impatto relazionale: senza questo presupposto l'attività clinica sarebbe sterile.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	La nascita di questo ambulatorio infermieristico ha preceduto di tre anni la delibera regionale n. 506/2008, che impone a tutte le aziende l'istituzione di un ambulatorio per le persone candidate al confezionamento di una stomia.
Problema	Per tre anni io e la mia collega abbiamo lavorato in ore di straordinario per creare questa realtà.
Soluzione (tipo d'intervento)	Dopo avere dimostrato il numero di utenti che afferiscono al nostro ambulatorio, la presa in carico delle persone con stomia e l'attivazione delle consulenze infermieristiche, nel febbraio 2008 è stato dedicato un infermiere stomaterapista esclusivamente all'ambulatorio.
Risultati ottenuti	<ul style="list-style-type: none"> - minore incidenza di complicanze - minori accessi al pronto soccorso per le complicanze acute - riduzione della spesa dei presidi, grazie alla personalizzazione degli stessi - competenza dei referenti per il paziente - ottimo iter organizzativo - attivazione delle consulenze presso altre unità operative

Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	<ul style="list-style-type: none">- la spesa del personale è riferibile ad un solo infermiere stomaterapista- coinvolgimento delle associazioni di volontariato per accedere all'ambulatorio- minore spesa per accedere all'ambulatorio- minore spesa per l'Asl 6, per i presidi, per i ricoveri impropri, per le complicanze
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	Gestione ottimale dei pazienti che riescono a recuperare una vita vicina a quella che conducevano prima dell'intervento.
Esperienze di trasferimento/Diffusione	I colleghi dovrebbero conoscere e cogliere questa opportunità, sia come implementazione della professione infermieristica, sia come dovere deontologico verso gli assistiti per offrire prestazioni di alto livello di competenze.
Eventuali note	Vorrei incentivare i colleghi a lottare per diventare protagonisti della sanità, non solo per togliere la baronia alla professione medica, ma per affermare la nostra professione, ancora penalizzata dal retaggio culturale italiano.

Titolo dell'esperienza	Quando gli infermieri pensano il cambiamento: il percorso degli infermieri dell'ospedale di Livorno.
Regione	Toscana
Azienda	Azienda USL 6 di Livorno
Unità operativa/e	Assistenza Infermieristica Ospedaliera
Città	Livorno
Indirizzo Struttura	Viale Alfieri 36
Telefono	0586.223.369
Fax	0586.223.278
Referente (Unico)	Chiara Pini
Email Referente (Unico)	chiara.pini@usl6.toscana.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Direttore infermieristico Presidio Ospedaliero di Livorno
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	<p>L'esperienza proposta ha coinvolto tutto il personale infermieristico del Presidio Ospedaliero di Livorno, costituendo una serie di gruppi di lavoro ai quali hanno partecipato 120 tra infermieri e coordinatori infermieristici, sia delle degenze che dei cosiddetti "servizi" (ambulatori, area diagnostica, ecc).</p> <p>I gruppi di lavoro sono stati seguiti dai Responsabili di Area Professionale e dal personale della segreteria dell'UO Assistenza Infermieristica Ospedaliera:</p> <p>Anna Maria Picchi, AFD; Gabriella Crescioli, AFD; Antonella Perini, AFD; Paola Tazzioli, AFD; Rosanna Puliti, infermiera; Sonia Melosi, infermiera; Sonia Luperi, infermiera.</p>
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo Formativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	<p>La Regione Toscana ha recepito l'esigenza di rinnovamento organizzativo già a partire dalla LR 72/78 che introduce criteri di organizzazione per aree funzionali, fino alla delibera del CRT 31/03 che prevede per gli ospedali di nuova costruzione una organizzazione per intensità di assistenza e cura. Più recentemente la LR 40/05 stabilisce che "Entro tre anni dall'entrata in vigore...omissis..., le aziende USL procedono alla riorganizzazione del presidio ospedaliero di zona sulla base dei seguenti principi: strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica".</p> <p>Successivamente il PSR 2008-2010 riprende e ribadisce tale concetto indicando l'abbandono del vecchio modello di ospedale strutturato per discipline specialistiche ed introducendo il concetto di "letti funzionali".</p>
Problema	<p>L'ospedale per intensità di cure è un modello organizzativo strutturato per aree dedicate a pazienti omogenei sotto il profilo del fabbisogno assistenziale secondo un ordine di complessità, definisce un nuovo paradigma del concetto di cura; in questo modello, l'unitarietà delle componenti cliniche ed assistenziali (concetto di cura) è solo funzionale: il bisogno di assistenza si separa, secondo un parametro di intensità, dal</p>

	<p>legame tradizionalmente univoco con il percorso clinico, e le responsabilità cliniche si scindono da quelle gestionali.</p> <p>L'ospedale configurato secondo il modello organizzativo per aree funzionali, per dipartimenti o settori a diversa intensità assistenziale, presuppone un processo di ripensamento dell'intero assetto organizzativo e soprattutto una riprogettazione dei meccanismi operativi che governano l'assistenza ospedaliera.</p> <p>La necessità di cambiare l'assetto organizzativo dell'ospedale secondo tale modello ha reso necessario iniziare un percorso di cambiamento prima che degli assetti logistico-organizzativi della mentalità degli operatori, favorendo sicuramente la responsabilizzazione degli infermieri, ma creando contestualmente una sensazione di insicurezza e mancanza di certezze e ancor più di confusione organizzativa.</p> <p>Ci siamo quindi dati un obiettivo che potesse traghettarci verso il cambiamento: fornire nuove conoscenze e competenze, per favorire nel personale di assistenza infermieristica, una partecipazione consapevole al cambiamento organizzativo previsto dall'Azienda e per indirizzare il processo assistenziale attuale verso il modello per intensità di cure.</p>
<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<p>Con l'obiettivo sopra descritto è stato effettuato un percorso di studio identificando un inizio e un termine (per evitare facili digressioni e lungaggini operative) entro il quale, 9 gruppi di coordinatori infermieristici, e 21 gruppi di infermieri hanno riflettuto sul modello attraverso l'analisi di obiettivi diversificati.</p> <p>Per i gruppi dei coordinatori gli obiettivi hanno riguardato l'esame della figura del coordinatore in relazione agli sviluppi normativi, contrattuali e di ruolo, oltre che alle implicazioni legali dovute alle recenti normative (Testo unico sulla sicurezza, EBM, complessità assistenziale, aspetti medico legali, modelli organizzativi, diritti e doveri, l'approccio relazionale).</p> <p>Gli obiettivi infermieristici hanno riguardato l'individuazione dei bisogni assistenziali comuni o non dei pazienti ricoverati (per capire la necessità o meno di integrare le conoscenze e le pratiche professionali); lo studio della nuova figura introdotta dal modello di "tutor assistenziale" (competenze, interazioni e integrazioni con l'equipe assistenziale); e l'individuazione in base a piccole esperienze già in essere nel presidio ospedaliero, di punti di forza e criticità della nuova organizzazione.</p> <p>Ciascun gruppo ha avuto a disposizione 3 incontri da 2 ore ciascuno; l'avvio è stato dato da un incontro plenario in cui il Direttore Generale ha spiegato il modello e le intenzioni applicative all'interno dell'Azienda e un legale ha affrontato gli aspetti giuridici.</p> <p>Al termine del percorso, durante una plenaria, tutti i gruppi hanno relazionato sul raggiungimento o meno del loro obiettivo.</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>Tutti i gruppi hanno prodotto un elaborato ed una presentazione di quanto discusso, che nell'ultimo incontro plenario è stata illustrata alla presenza del Dirigente Infermieristico Aziendale e del Direttore Sanitario. Le 30 presentazioni, ognuna con le proprie specificità, anche trattando argomenti simili sotto diversi aspetti e punti di vista, stanno contribuendo all'elaborazione del nuovo regolamento che il presidio ospedaliero di Livorno sta scrivendo alla luce delle indicazioni regionali.</p> <p>Molto utile è stato il dibattito fra colleghi che a problemi comuni hanno proposto soluzioni diverse; questo ha permesso ai partecipanti al progetto di riflettere come soluzioni per alcuni ovvie, in realtà non lo siano per altri, rendendo così i colleghi consapevoli della necessità del confronto tra pari e</p>

	<p>della lettura critica delle evidenze.</p> <p>Si è colta anche l'occasione per riflettere su alcuni strumenti di integrazione che, seppur conosciuti teoricamente, non erano mai stati implementati, dando così l'occasione per sperimentarne l'introduzione in molte realtà del presidio ospedaliero.</p> <p>Durante l'ultima plenaria, un esperto in materia europea ha indicato come l'organizzazione per intensità di cura sia anche un percorso che si sta effettuando in altre realtà internazionali dando quindi ai colleghi il senso di appartenenza al sistema sanità in divenire.</p>
<p>Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)</p>	<p>Per l'effettuazione del percorso descritto è stato necessario dedicare 18 ore lavoro per ciascun dipendente (4 ore per la prima plenaria, 6 ore per i gruppi di studio, 8 ore per la seconda plenaria), inoltre abbiamo dovuto reperire una sala capiente per le due plenarie e prevedere il compenso per i relatori esterni (avvocato e membro esperto in infermieristica europea).</p> <p>Visti i risultati ottenuti ci sentiamo di considerare che, con un minimo investimento, si è ottenuta un'ottima ricaduta in termini di ripensamento del proprio ruolo professionale ed alto impatto organizzativo.</p>
<p>Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)</p>	<p>Il poco tempo a disposizione ha impedito dispersioni dell'attenzione; inoltre la composizione dei gruppi (3-4 elementi) ha creato coesione del gruppo stesso che nei momenti di difficoltà ha chiesto l'aiuto e la collaborazione dei colleghi non direttamente coinvolti nel percorso.</p> <p>Ciò ha favorito la diffusione dell'esperienza e la richiesta di partecipazione anche delle altre professionalità (personale di supporto e medici).</p> <p>Grazie a queste strategie, oggi possiamo dire che tutto il personale infermieristico e buona parte di quello di supporto, conosce il modello dell'ospedale per intensità di cure anche se a diversi livelli di approfondimento. Si è evitato di creare "anticorpi" verso un cambiamento che se non conosciuto e studiato avrebbe potuto creare resistenze. Questo non significa l'unanimità di consensi, ma si è dato la possibilità anche a coloro che dissentono dall'applicazione del modello regionale di esprimere le proprie perplessità e contrarietà in un clima di ascolto e condivisione.</p>
<p>Esperienze di trasferimento/Diffusione</p>	<p>Per coinvolgere tutta l'Azienda e diffondere i risultati del percorso effettuato è stato organizzato un convegno aziendale (in collaborazione con il Collegio IPASVI Provinciale) in cui è stato presentato l'intero modello di sanità toscano, non solo ospedale organizzato per "intensità di cure" ma anche "<i>chronic care model</i>" per l'ambito territoriale.</p> <p>Durante il convegno alcuni colleghi hanno presentato il lavoro svolto e le prospettive che ci attendono per il prossimo autunno-inverno.</p> <p>Inoltre si è dato spazio ad altre esperienze organizzative simili toscane, che sono state poi confrontate durante una tavola rotonda.</p> <p>Al convegno hanno partecipato oltre 300 infermieri dell'azienda.</p> <p>A seguito del percorso effettuato (che come già detto sarà utilizzato anche per la stesura del Regolamento di Presidio Ospedaliero), sono stati programmati dei gruppi di lavoro operativi per singola area o dipartimento, che coinvolgendo ancor più capillarmente il personale, studiano in questo autunno le modifiche organizzative necessarie al nuovo modello.</p>

Eventuali note	<p>L'introduzione del modello organizzativo per "intensità di cure" è una grossa sfida che la Regione Toscana lancia alle aziende ed ai professionisti che vi lavorano.</p> <p>Gli infermieri sono coinvolti pesantemente, in quanto molto della nuova organizzazione si basa sulla loro competenza professionale e capacità organizzativa. Gli infermieri toscani si trovano quindi a studiare/gestire/indirizzare il cambiamento spesso soli con le loro certezze/incertezze e con la consapevolezza di non avere sempre il supporto dovuto. Questo cambiamento organizzativo presuppone inoltre la conoscenza e l'utilizzo di strumenti non sempre così diffusi nonostante se ne parli da tempo (analisi della complessità assistenziale, cartella integrata, modelli assistenziali personalizzati, alta informatizzazione, ecc...).</p> <p>Il percorso degli infermieri dell'ospedale di Livorno è un inizio, ha cercato di coinvolgere la quasi totalità dei colleghi, è in divenire, ci auguriamo di vincere la scommessa!</p>
-----------------------	--

Titolo dell'esperienza	Telesorveglianza sanitaria domiciliare di pazienti con scompenso cardiaco.
Regione	Lombardia
Azienda	Azienda Ospedaliera Niguarda Cà Granda
Dipartimento/i	Cardiologia
Unità operativa/e	Trapianti e insufficienza cardiaca
Città	Milano
Indirizzo Struttura	Piazza Ospedale Maggiore 4
Telefono	02.64.44.23.35
Fax	02.64.44.28.56
Referente (Unico)	Mariagrazia Gambato
Email Referente (Unico)	mariagrazia.gambato@ospedaleniguarda.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiera
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Mariagrazia Gambato, Mariagrazia Cadrobbi, Rossella Gilardi, Mirella Pisu, Francesca Macera, Maria Frigerio.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	Il percorso di telesorveglianza domiciliare per il paziente con scompenso cardiaco medio grave è uno dei percorsi previsti da una disposizione della Regione Lombardia in merito alle cure intermedie tra ospedale e territorio e ha visto coinvolti nella città di Milano tre aziende ospedaliere (Niguarda, Sacco e San Carlo).
Problema	Il DRG per insufficienza cardiaca e shock cardiogeno è al secondo posto dopo il parto vaginale senza diagnosi complicanti e nell'anno 2003 in Lombardia ci sono stati circa 50.000 ricoveri per scompenso cardiaco. In un famoso studio di Erhardt LF Lancet del 1998, ma di fatto ancora attuale, una delle cause di riospedalizzazione del paziente con scompenso cardiaco è nel 35% un <i>follow-up</i> inadeguato. Nella Consensus Conference prodotta dall'ANMCO nel 2005 era più volte ribadita l'importanza della continuità assistenziale nel <i>follow-up</i> di questi pazienti. I limiti dell'approccio convenzionale (inadeguata adesione alle linee guida terapeutiche, inadeguata educazione sanitaria, programmi pre-dimissioni inadeguati) e le necessità assistenziali del paziente (controlli clinici periodici, cura delle instabilità e complicanze, cura e valutazione delle comorbidità, sostegno psicologico, sociale ed economico) richiedono nuovi modelli di gestione, in cui l'infermiere con competenze specifiche rappresenta una risorsa indispensabile.
Soluzione (tipo d'intervento)	Il percorso di telesorveglianza domiciliare di pazienti con scompenso cardiaco cronico medio grave si configura come un modello innovativo per la gestione degli stessi e si affianca, integrandola, all'attività del medico di

	<p>medicina generale. Poiché in questo servizio rimane prevalentemente l'enfasi clinica, la gestione operativa del paziente è posta in capo alle unità operative ospedaliere e il medico di medicina generale, responsabile della conduzione del paziente sul territorio, si avvale di questo servizio come supporto consulenziale.</p> <p>Il modello, la cui presa in carico del paziente è di 6 mesi, prevede la trasmissione telematica di dati clinici (elettrocardiogramma monotraccia) e contatti telefonici programmati da parte di un infermiere tutor, nonché la gestione delle richieste di assistenza su sintomatologia da parte di un infermiere e, se necessario, di un cardiologo.</p> <p>Il servizio è finalizzato alla prevenzione delle instabilizzazioni, alla riduzione dei ricoveri per scompenso cardiaco e della loro durata e a un aumento della qualità di vita del paziente.</p> <p>Inoltre grazie all'introduzione della figura dell'infermiere tutor e alla sua azione di counselling, svolta sia in ospedale che a domicilio, il servizio aumenta la consapevolezza del singolo e della sua famiglia sulla malattia, realizzando informazione e promozione della salute.</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>I risultati qui di seguito riportati si riferiscono al lavoro svolto tra marzo 2005 e luglio 2007 al Niguarda Ca' Granda.</p> <p>Nel percorso di telesorveglianza domiciliare per pazienti con scompenso cardiaco medio grave sono stati inseriti 54 pazienti di cui 39 M (età media 64.4) e 15 F (età media 68.4, prevalentemente in classe funzionale NYHA III) con patologie associate: 14,8% patologie polmonari, 16.7% patologie renali e 25,9 % diabete.</p> <p>Il <i>follow-up</i> medio è stato di 158 giorni, si sono verificati 6 decessi e 2 trapianti di cuore.</p> <p>Si sono verificati n. 15 riospedalizzazioni per scompenso cardiaco per un totale di 324 giorni di ricovero e n. 4 accessi in Pronto Soccorso.</p> <p>Risulta essere stata ottimizzata la terapia con ace-inibitore, betabloccante e sartanico, come raccomandato nelle linee guida, mentre è stata aumentata la terapia diuretica.</p> <p>Al termine dei 6 mesi, 18 pazienti sono migliorati di classe funzionale passando da NYHA III a NYHA II e l'indice di miglioramento della qualità della vita (rilevato attraverso somministrazione del Minnesota test) è stato dell'1.5.</p> <p>Infine 100% dei pazienti risulta essere pienamente soddisfatto del supporto infermieristico.</p>
<p>Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione del numero di ricoveri durante i sei mesi di percorso di telesorveglianza domiciliare per pazienti con scompenso cardiaco cronico; - miglioramento della qualità di vita; - titolazione personalizzata del trattamento farmacologico raccomandato; - aumento aderenza alle raccomandazioni non farmacologiche.

Titolo dell'esperienza	Valorizzazione del ruolo dell'infermiere laureato magistrale con competenze specialistiche nell'ambito della libera professione.
Regione	Lombardia
Azienda	Studio infermieristico associato Di Carlo Marnoni Romeo
Città	Milano (Legnano)
Indirizzo Struttura	Vicolo Corridoni 12
Telefono	0331.597.394
Fax	0331.597.394
Referente (Unico)	Chiara Marnoni
Email Referente (Unico)	c.marnoni@studioinfermieristicodmr.it
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Soci dello Studio: Filippo Di Carlo, Chiara Marnoni, Gianluigi Romeo
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo
Problema	Trovare spazi di esercizio, che esulino dagli ambiti organizzativi classici (Aziende Ospedaliere, ASL, RSA,...), all'interno dei quali il laureato magistrale possa valorizzare e ampliare le competenze acquisite trasmettendole in modo incisivo al contesto professionale e organizzativo di riferimento.
Soluzione (tipo d'intervento)	<ul style="list-style-type: none"> - Integrazione di diverse competenze e esperienze attraverso la forma giuridica dello studio professionale associato (nella fattispecie 3 soci laureati magistrali, con diverse esperienze pregresse nell'ambito di Servizi Infermieristici); - nuova visione della forma associata infermieristica che non deve essere legata esclusivamente all'ambito clinico, al reclutamento di personale infermieristico o all'esecuzione di prestazioni domiciliari o presso strutture; - strutturazione delle attività dello Studio in modo tale da ricoprire le aree tipiche e forti delle competenze specialistiche: formazione, qualità e organizzazione dell'assistenza.
Risultati ottenuti	<p><u>Area formazione</u> Poter incidere con una forte matrice disciplinare nei processi formativi di personale infermieristico e di supporto attraverso il:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riconoscimento dello Studio Infermieristico come Provider ECM CPD da parte della Regione Lombardia; - gestione di tutta l'area tecnico operativa di alcuni corsi per operatori socio-sanitari con produzione di supporti didattici. <p><u>Area consulenza organizzativa e qualità</u> Poter offrire consulenze a forte matrice disciplinare, che permettono la diffusione della cultura infermieristica a organizzazioni di varia natura che non possiedono strutture di staff in questo ambito:</p> <ul style="list-style-type: none"> consulenti nell'ambito dei processi di accreditamento all'eccellenza JCI in collaborazione con partner italiani di JCI; consulenze nell'ambito della gestione di risorse o organizzazione di servizi (selezione, analisi fabbisogni formativi...).

Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	Economici: avvio d'impresa e costi fissi. Umani: rischio d'impresa alto, soprattutto in relazione al fatto che non esistono esperienze avviate in questo senso.
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<ul style="list-style-type: none">- Possibilità di esprimere con notevole libertà le proprie competenze;- possibilità di incidere con autorevolezza in alcuni contesti organizzativi;- possibilità di diffondere la cultura disciplinare infermieristica in contesti nuovi;- ampi spazi di crescita e di espressione di potenzialità per i laureati magistrali in questi ambiti.

Titolo dell'esperienza	<i>Advanced Nursing Practice: il ruolo dello Specialist Nurse e del Nurse Prescriber nel contesto europeo.</i>
Regione	Lombardia - Norfolk (UK)
Azienda	Il Università degli studi di Milano Bicocca (Unimib) e University of East Anglia (Uea) in collaborazione col Norfolk and Norwich University Hospital (Nnuh)
Dipartimento/i	Laurea in Scienze Infermieristiche ed ostetriche
Città	Norwich (UK)
Indirizzo Struttura	Il Università degli studi di Milano - Bicocca, via Cadore 48, 20052 (MONZA) - University of East Anglia Norwich NR4 7TJ UK
Telefono	039.23.32.574
Fax	039.23.32.576
Referente (Unico)	Prof.ssa Stefania Di Mauro
Email Referente (Unico)	stefania.dimauro@unimib.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Professore Associato e Coordinatore generale del Corso di Laurea e di Laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Prof.ssa Stefania Di Mauro, laureanda magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche; Dott.ssa Ester Riva.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Formativo
Altro (specificare)	L'ampiezza della tematica studiata ha reso necessario discutere circa le problematiche e le opportunità di più ambiti differenti. Probabilmente quelli connessi alla clinica e alla formazione restano i due maggiormente coinvolti.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	Riprende quanto sancito da tutte le norme relative alla riforma universitaria e alla formazione infermieristica. Nello specifico, si accenna alla L.43 del 1° febbraio 2006, in cui si ribadiscono i titoli conseguibili dall'infermiere nell'attuale contesto accademico.
Problema	<p>Negli ultimi venti anni si sono osservati in molti paesi dei cambiamenti significativi nel ruolo e nella funzione degli infermieri. La professione infermieristica è diventata, per sua natura, più specializzata e competente; inoltre è vista, sempre più, come parte integrante ed importante del gruppo di lavoro multidisciplinare, con il relativo bagaglio di conoscenze e di competenze nella gestione e nella cura del paziente.</p> <p>Questi sviluppi avvengono in un momento in cui il contenimento dei costi nella sanità e l'aumento di richiesta di nuovi e più costosi trattamenti, hanno reso i governi ed i professionisti della sanità molto più attenti ai parametri di efficienza nell'amministrazione delle risorse.</p> <p>In molti paesi europei e non, tra cui il Regno Unito, gli infermieri stanno ampliando il loro ruolo e l'essere specializzato o il conseguire l'autorità di "prescrivere" possono essere visti come alcuni degli aspetti dello sviluppo della professione infermieristica.</p>

Questo sviluppo porta inevitabilmente il professionista ad assumersi ulteriori responsabilità che possono indurre a nuovi conflitti di competenza con altre professioni sanitarie, come quella medica: ciò può essere evitato se il progetto viene proposto e inserito coinvolgendo tutte le parti, nella convinzione di poter erogare una miglior assistenza e cura al paziente. Assumersi la responsabilità di prescrivere, ad esempio, è stato per gli infermieri il risultato di relazioni di lavoro positive con altre professioni sanitarie e con l'aiuto sistematico dei politici e dei governi che hanno usato argomentazioni che incentivano i benefici che ne derivano alla sanità, sostenute anche da alleanze con le organizzazioni che rappresentano i pazienti ed i consumatori.

Attraverso l'esperienza di tre mesi, vissuta dall'autrice, nella realtà anglosassone di Norwich, si è tentato di descrivere e testimoniare l'efficacia e l'efficienza derivanti dalla realizzazione e concretizzazione di questa tipologia di *advanced nursing practice*.

Oltre al Regno Unito, ci sono almeno altre cinque nazioni che negli ultimi anni si sono mosse significativamente per fornire agli infermieri l'autorità di prescrivere. Questi paesi sono: Svezia, Australia, USA, Canada e Nuova Zelanda. Visto l'interesse per il contesto europeo, si è deciso di accennare anche l'esperienza della realtà svedese.

Ciò che accomuna questi paesi sono sicuramente una forte leadership e la presenza di organizzazioni professionali rappresentanti gli infermieri e che hanno sostenuto fortemente i loro rispettivi governi, al fine di creare una legislazione che permetta agli infermieri di prescrivere. I sistemi sanitari di questi paesi hanno fatto in modo che gli infermieri che prescrivono apparissero come una risorsa attraente, cogliendo l'occasione per promuovere la professione e per contenere i costi della sanità.

Focalizzando l'attenzione sul Regno Unito, e sull'esperienza di *external training* vissuta, si sono analizzati i seguenti step: lo scenario per arrivare alla prescrizione, che cosa possono prescrivere gli infermieri, che tipo di educazione e addestramento ricevono, quali collegamenti esistono con altri professionisti, la valutazione dell'efficacia ed efficienza della prescrizione infermieristica.

In questo modo è stato possibile creare un termine concreto di paragone, nonché valutare la situazione ed il potenziale che il *nurse prescriber* potrebbe avere nel nostro Paese.

Dal momento che, per poter prescrivere, è necessario possedere specifiche competenze in un determinato ambito assistenziale, è stato inevitabile introdurre parallelamente il concetto di *nurse specialist*, focalizzando l'attenzione su alcune specialità attualmente esistenti nella realtà anglosassone del Norfolk and Norwich University Hospital.

Lo studio condotto è di tipo osservazionale descrittivo, e lo scopo principale è quello di comprendere e descrivere il ruolo specifico dei professionisti osservati, nonché la loro responsabilità ed autonomia. Si è voluto, inoltre, indagare il livello di soddisfazione professionale somministrando un breve questionario qualitativo.

Il campione osservato è composto da 18 infermieri specializzati (4 di essi anche prescrittori) e la modalità di selezione adottata è stata di tipo non probabilistico a elementi rappresentativi. I 18 *specialist nurse*, fanno parte di cinque aree specifiche e tra loro differenti, e sono così denominati: *TIA liaison/specialist nurse* (tre osservazioni), *diabetes specialist nurse* (quattro osservazioni), *specialist nurse cardiology* (otto osservazioni), *nurse practitioner* (un'osservazione), *infection control nurse* (un'osservazione).

	<p>Durante l'affiancamento a ciascuno di essi, è stata compilata una griglia di osservazione individuale ed è stato somministrato il questionario qualitativo contenente nove domande relative al livello di soddisfazione connesso al ruolo specifico.</p> <p>I risultati dello studio descrittivo condotto vogliono, oltre che presentare e approfondire le conoscenze su questa tipologia di <i>advanced nursing practice</i>, riflettere sull'impatto che il <i>nurse specialist</i>, ma ancor più il <i>nurse prescriber</i>, potrebbe avere nel contesto italiano attuale.</p> <p>Laddove emerga l'ipotesi di una reale utilità di tali figure professionali, si potrebbe pensare di proporle alle organizzazioni professionali nazionali, affinché si facciano garanti nell'assicurarsi l'appoggio politico e la persuasione degli organismi legislativi competenti. Tutto ciò non esula dall'inevitabile opposizione da parte di altre categorie professionali, soprattutto quella medica.</p> <p>Proprio il Regno Unito, tuttavia, mostra un esempio positivo di come, quando queste categorie sono state implicate o consultate all'inizio del processo, sia stato possibile trasformarli in partner per il cambiamento, o almeno neutralizzare la loro opposizione. Questa sensibilità al cambiamento può "addolcire" la loro resistenza e fornire gli input nello sviluppo della strategia. Seppur esista ancora una letteratura limitata in merito, la maggior parte di ciò che è stato pubblicato supporta l'importanza e la validità sia dell'infermiere specialista, che dell'infermiere che prescrive, soprattutto in termini di miglioramento dell'accesso alle cure per il paziente, nonché di promozione della salute.</p> <p>Alla fine dello studio, si è voluto riflettere sulla reale opportunità di inserire questa duplice tipologia di pratica infermieristica avanzata nell'attuale contesto italiano; l'attenzione viene focalizzata, oltre che sull'ipotesi di inserimento, anche sulla tipologia di attività che un infermiere specializzato potrebbe svolgere, e inoltre si riflette su cosa un infermiere prescrittore potrebbe effettivamente e concretamente prescrivere in Italia, nel rispetto delle reali esigenze assistenziali che emergono quotidianamente nell'agire professionale.</p>
<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<p>Per meglio comprendere la tematica presa in analisi, è stata effettuata in primis un'accurata revisione della letteratura, estesa dal 1999 ai giorni nostri.</p> <p>L'attenzione è stata focalizzata prevalentemente sul contesto inglese, primo termine di paragone preso in esame, e sulle altre realtà mondiali coinvolte.</p> <p>L'autrice dello studio ha effettuato un'esperienza di <i>external training</i>, della durata di tre mesi (30 giugno-30 settembre 2008) durante la quale ha scrupolosamente osservato l'attività dei <i>nurse specialist</i> e dei <i>nurse prescriber</i>, collaborando sia con il Norfolk and Norwich University Hospital (<i>Honorary Contract</i>) che con l'University dell'East Anglia (<i>part - time student</i>).</p> <p>Durante l'esperienza è stato possibile partecipare a dei meeting appositamente organizzati coi <i>Lecturers della School of Nursing</i>. Sono state, peraltro, seguite alcune lezioni del <i>prescribing course independent and supplementary prescribers</i> (destinato a infermieri, ostetriche e farmacisti).</p> <p>In poche parole, l'autrice ha toccato con mano l'effettiva realtà dell'UK, potendo sviluppare interessanti spunti e considerazioni circa l'attuale realtà del contesto italiano.</p>

Risultati ottenuti	<p>Al termine di questo studio, che ha accompagnato l'autrice per l'intera durata dei tre mesi di <i>external training</i>, possiamo ritenerci soddisfatti riguardo al raggiungimento degli obiettivi prefissati nell'introduzione, che ci hanno permesso di raggiungere lo scopo della ricerca.</p> <p>Attraverso un'elaborata e minuziosa revisione della miglior letteratura internazionale, pubblicata negli ultimi 10 anni, si è potuto effettivamente dimostrare come la professione infermieristica sia diventata decisamente più specializzata e competente.</p> <p>Si è sottolineato, inoltre, che in numerosi paesi europei e non, in primis il Regno Unito, gli infermieri stanno effettivamente ampliando il loro ruolo, specializzandosi o conseguendo l'autorità di "prescrivere", implementando così notevolmente alcuni aspetti dello sviluppo della professione infermieristica.</p> <p>Questo sviluppo ha portato inevitabilmente il professionista ad assumersi ulteriori responsabilità che hanno indotto a nuovi conflitti di competenza con altre professioni sanitarie, come quella medica: a questa situazione si sta cercando di porre rimedio coinvolgendo maggiormente tutte le parti in gioco, nella convinzione di poter erogare una miglior assistenza e cura al paziente.</p> <p>Ad oggi, pur esistendo ancora piccole tensioni da risolversi a livello locale, la situazione può dichiararsi decisamente migliorata rispetto all'ultimo decennio. A supporto di ciò, sono stati prodotti studi di efficacia, affiancandoli a quelli miranti a sottolineare la <i>customer satisfaction</i>, derivante dal miglior servizio erogato.</p> <p>Attraverso l'esperienza di tre mesi vissuta dall'autrice nella realtà anglosassone di Norwich, sono state effettivamente descritte e testimoniate l'efficacia e l'efficienza derivanti dalla realizzazione e concretizzazione dell'<i>advanced nursing practice</i>.</p> <p>Inoltre si è sottolineato che, oltre al Regno Unito, ci sono almeno altre cinque nazioni che negli ultimi anni si sono attivate significativamente per fornire agli infermieri l'autorità di prescrivere: altri stati, quali il Sud Africa, stanno muovendo oggi i primi passi. Ciò che accomuna questi paesi, sono sicuramente una forte leadership e la presenza di organizzazioni professionali rappresentanti gli infermieri, che hanno sostenuto fortemente i loro rispettivi governi, al fine di creare una legislazione che ha permesso agli infermieri di prescrivere.</p> <p>I sistemi sanitari di questi paesi, inoltre, han fatto in modo che gli infermieri che prescrivono apparissero come una risorsa attraente, cogliendo l'occasione per promuovere la professione e per contenere i costi della sanità.</p> <p>Con l'analisi specifica effettuata circa il contesto anglosassone, è stato possibile creare un termine concreto di paragone, nonché valutare la situazione ed il potenziale, che il nurse prescriber avrebbe nel nostro paese: si è giunti alla conclusione che l'infermiere italiano potrebbe, ad oggi, prescrivere tutti quei presidi e materiali strettamente pertinenti all'assistenza infermieristica, non certo i farmaci.</p> <p>Infatti, la diversità del contesto geografico-culturale, la diversità di rapporto numerico medici-infermieri, la differente organizzazione del SSN, il minor potere posseduto dalle organizzazioni professionali e l'inesistenza della Facoltà di infermieristica, costituiscono un elenco di problemi prioritari da risolvere, nonché veri e propri ostacoli all'introduzione effettiva della prescrizione infermieristica, così come intesa dal contesto inglese.</p> <p>Dal momento che, per poter prescrivere, è necessario possedere specifiche competenze in un determinato ambito assistenziale, è stato inevitabile introdurre parallelamente il concetto di nurse specialist, sfruttando la raccolta dati derivante dalle osservazioni effettuate.</p>
---------------------------	---

	<p>Lo studio osservazionale descrittivo ha consentito di sottolineare altre importanti considerazioni, mettendo in luce le migliori potenzialità e qualità organizzative e formative dell'infermiere specialista italiano, che tuttavia non viene ancora opportunamente impiegato, rispetto a quello anglosassone. Si è voluto, inoltre, indagare il livello di soddisfazione professionale somministrando un breve questionario qualitativo. Tutti i 18 specialist nurse hanno risposto alle domande, lasciando trasparire una forte soddisfazione, ma anche un desiderio continuo di crescita individuale e professionale.</p> <p>È dunque emersa la reale utilità che l'infermiere specializzato e quello prescrittore, limitatamente a quanto sopraccitato, potrebbero avere nel contesto italiano: si può a questo punto pensare di proporre l'implementazione alle organizzazioni professionali nazionali, affinché si facciano garanti nell'assicurarsi l'appoggio politico e la persuasione degli organismi legislativi competenti. Durante l'esposizione dei capitoli, inoltre, sono stati suggeriti numerosi spunti per ulteriori ricerche ed approfondimenti, nella viva speranza che qualcuno li colga.</p>
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	<p>Le spese sostenute per l'alloggio e per pagare la tassa di 910£ alla UEA, sono state in parte finanziate da una borsa di studio di 2250€, vinta dalla studentessa, offerta dalla Fondazione Cariplo e dall'università degli studi di Milano - Bicocca.</p>
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<p>I benefici principalmente prodotti sono identificabili in preziosi spunti circa le modalità di implementazione della pratica infermieristica avanzata in Italia. Il ruolo dell'infermiere specializzato, già esistente e decisamente meglio qualificato nel contesto italiano rispetto a quello inglese, potrebbe costituire sia una preziosa risorsa per le aziende, che una leva motivazionale per i giovani aspiranti infermieri e per chi già svolge la professione e desidera accrescere il proprio scibile.</p> <p>Relativamente al <i>nurse prescriber</i>, invece, sono state sviluppate importanti riflessioni circa cosa e come un infermiere italiano potrebbe effettivamente prescrivere nel contesto italiano.</p>
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>L'autrice, in collaborazione con la relatrice, sta preparando due articoli (uno relativo all'intero studio e l'altro focalizzato sull'analisi qualitativa effettuata) da proporre a due differenti riviste infermieristiche indicizzate (una di queste italiana). Si sta valutando la possibilità di pubblicare l'elaborato.</p>
Eventuali note	<p>Consapevoli del fatto che, probabilmente, un elaborato di tesi di laurea magistrale non potrà essere considerato tra le principali esperienze presentabili, abbiamo voluto comunque provare a solleticare la vostra curiosità, dal momento che l'argomento affrontato è di estrema attualità, ma soprattutto è il frutto di tanti sacrifici e dell'impiego di dispendiose energie e risorse (non solo economiche) di chi, semplicemente, crede fortemente nella professione infermieristica.</p>

Titolo dell'esperienza	Un progetto per la sicurezza del malato: la terapia informatizzata.
Regione	Veneto
Azienda	AULSS 14 Chioggia
Dipartimento/i	Medicina
Unità operativa/e	Geriatría
Città	Padova (Piove di Sacco)
Indirizzo Struttura	Via S. Rocco 5
Telefono	049.97.18.232
Fax	049.97.18.422
Referente (Unico)	Monica Boldrin
Email Referente (Unico)	mboldrin@asl14chioggia.veneto.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Coordinatrice reparto Geriatría
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Boldrin Monica, Lazzarin Cinzia, Lazzarin Monica, Pagin Tiziana, Previato Arianna, Boscolo Stefano.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo
Altro (specificare)	<p>La sicurezza è uno degli aspetti fondamentali nella cura del malato e si pone come obiettivo incluso nel sistema di miglioramento della qualità. Dal lato dell'organizzazione la qualità si misura attraverso il monitoraggio di processi che portino alla promozione di elevati standard di assistenza e alla creazione di un ambiente in cui l'eccellenza clinica possa diffondersi. Partendo dal presupposto che le cause di errori in terapia sono multifattoriali e coinvolgono più figure professionali, si è creato un nuovo modo di operare, condiviso con infermieri, medici, operatori di assistenza e farmacisti e supportato dal sistema informatico con il quale si è monitorato il percorso del farmaco in modo da operare in sicurezza ed evitare tutti quei comportamenti prevenibili ed evitabili che possono indurre ad errori di terapia.</p>
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	<p>L'AULSS 14 ha aderito con grande attenzione alla sperimentazione promossa dalla Regione Veneto con Delibera della Giunta n° 3645 del 19/11/2004 sulla "Informatizzazione della terapia farmacologica in ospedale e delle prescrizioni di farmaci sul territorio" allo scopo di istituire un Osservatorio Regionale finalizzato al confronto dei diversi comportamenti prescrittivi e monitorare la spesa farmaceutica in alcuni DRG. Nel reparto di Geriatría di Piove di Sacco, considerato pilota all'interno dell'Azienda, nel biennio 2007/2008 è stato informatizzato l'intero percorso del farmaco.</p>
Problema	<p>È ormai consapevolezza diffusa che gli errori relativi alla terapia farmacologica sono la maggior causa degli errori sanitari in ospedale. I più frequenti sono: incongruenza tra quanto prescritto in cartella clinica e quanto riportato nella scheda di terapia, assenza di inizio e fine terapia, imprecisa identificazione della via di somministrazione, del paziente e del farmaco prescritto, difficoltà a risalire a chi fa che cosa e quando la fa, il controllo immediato delle scadenze e un magazzino di reparto congruo al fabbisogno senza inutili scorte.</p>

<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<p>La realizzazione del progetto è il risultato della messa a confronto e l'integrazione di più discipline professionali, che pur consapevoli del limite di ciascuna, hanno interagito tra loro. L'informatizzazione della terapia ha determinato significative variazioni del modello organizzativo dell'assistenza infermieristica e medica, della logistica degli armadi di farmacia, e del carrello delle terapie ed ha reso necessaria una nuova documentazione infermieristica.</p> <p>Per quanto riguarda l'organizzazione dell'assistenza, da un modello "<i>functional nursing</i>" per compiti, in cui le attività di assistenza erano organizzate a "giri", si è passati ad un modello per settori o modulare: si sono costituiti quattro settori formati da 12/13 posti letto secondo criteri spaziali e affidati ciascuno ad uno stesso infermiere e medico per quanto possa permettere la ciclicità del turno di servizio.</p> <p>Per impostare il magazzino di reparto si è stabilito che ogni settore fosse fornito di un carrello specifico classificato per via di somministrazione e che disponesse di un <i>tablet pc</i> proprio utilizzato sia per la somministrazione che per la prescrizione al letto del malato. Il carrello provvede alla terapia settimanale.</p> <p>Il Dipartimento informatico aziendale ha predisposto una corsia "virtuale" installando una rete wireless. La società fornitrice del software, in collaborazione con tutte le figure professionali coinvolte, ha costruito le funzionalità operative desiderate: prescrizione di tutte le tipologie di terapie, somministrazione, riapprovvigionamento dell'armadio di reparto, inventario, reso, controllo delle scadenze, identificazione del paziente, movimento carico e scarico con la farmacia. Alcuni infermieri sono stati abilitati alla sola somministrazione, mentre un gruppo selezionato è abilitato anche alla gestione del magazzino di reparto. Con la terapia informatizzata, il medico prescrive in tempo reale.</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>La terapia informatizzata ha indotto ad un cambiamento culturale e organizzativo. Ha introdotto forti elementi di innovazione nella pratica clinica e nella gestione di reparto ed ha rappresentato un'opportunità di crescita sia professionale che motivazionale per tutto il personale che è stato coinvolto totalmente nella revisione della farmacoterapia e stimolato allo sviluppo di soluzioni collettive.</p> <p>Il malato ha tratto beneficio da questo nuovo modo di gestire la terapia in quanto si lavora in sicurezza e la qualità percepita dal paziente ha svolto un ruolo di rinforzo per il personale.</p> <p>I risultati ottenuti si possono così riassumere: tracciabilità dell'intero processo terapeutico, corretta identificazione del paziente, del prescrittore e di chi somministra. Prescrizione in tempo reale, eliminazione completa del rischio legato alla trascrizione e all'interpretazione della scrittura, diminuzione del carico di lavoro, qualità e completezza delle informazioni essenziali per la somministrazione come indicazione chiara delle vie di somministrazione, velocità di infusione, terapie cicliche, terapie parziali nelle 24 ore, informazione di eventuali allergie, immediato scarico dal magazzino di reparto, razionalizzazione del carrello di ciascun settore, rotazione veloce del farmaco, eliminazione delle scadenze a breve termine, congruità delle scorte di reparto e della fornitura da parte della farmacia ospedaliera</p>

	<p>rispetto al fabbisogno, forte riduzione della spesa farmaceutica di circa il 10% nel 2007.</p> <p>Inoltre, è possibile ottenere in tempo reale l'inventario, il reso alla farmacia e il controllo della situazione di reparto. Gli obiettivi della Regione veneto sono stati raggiunti per quanto riguarda l'osservazione delle terapie prescritte finalizzata al confronto dei diversi comportamenti prescrittivi e all'incidenza della spesa farmaceutica su alcuni DRG.</p>
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	Per quanto riguarda i costi sono inerenti ai pc portatili e ad un budget stanziato dalla regione per la costruzione del software.
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<ul style="list-style-type: none"> ∞ Il malato ha tratto beneficio in termini di sicurezza in quanto sono stati eliminati gli errori farmacologici. ∞ Il personale ha ridotto il carico di lavoro, ed il progetto è stato occasione di crescita professionale e motivazionale. ∞ Diminuzione della spesa farmaceutica.
Esperienze di trasferimento/Diffusione	Il progetto, partito come pilota nel reparto di geriatria, visti i risultati ottenuti verrà esteso ad altre unità operative come obiettivo aziendale.
Eventuali note	Per formare il personale delle unità operative a cui verrà esteso il progetto, sarà coinvolto il personale di geriatria riconosciuto come formatore e che sarà valorizzato in uno specifico progetto aziendale.

Titolo dell'esperienza	Le funzioni di coordinamento per processi trasversali.
Regione	Lombardia
Azienda	Ircss Policlinico San Matteo di Pavia
Dipartimento/i	Medicina
Unità operativa/e	Malattie Apparato Respiratorio
Città	Pavia
Indirizzo Struttura	Viale Golgi 19
Telefono	0382.503.147
Fax	0382.503.136
Referente (Unico)	Piera Bergomi
Email Referente (Unico)	p.bergomi@smatteo.pv.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Responsabile area programmazione e controllo Servizio Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo Aziendale (SITRA)
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Elisa Marino, Anna Rita Rigliaco, Ernestina Spiaggi, Daniela Bellinzona, Piera Bergomi.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	L'esperienza rappresenta una necessità aziendale.
Problema	<p>La funzione di coordinamento è spesso intesa come funzione legata ad una o più unità operative, secondo una logica funzionale che comprende diverse aree gestionali: Organizzazione, Gestione del personale, di scorte e apparecchiature, Programmazione e controllo, Formazione, Qualità, Sistemi informativi.</p> <p>La tendenza che si è però strutturata è di gestire la propria unità operativa in modo unilaterale con una riduzione della visione d'insieme e degli obiettivi aziendali, con una logica di tipo gerarchico poco comunicante tra i diversi settori.</p>
Soluzione (tipo d'intervento)	Si è reso necessario formulare uno studio di fattibilità per attivare un nuovo modello organizzativo. La gestione per processi costringe a individuare, registrare e monitorare con esattezza l'intero flusso delle attività (cosa che in passato non sempre avveniva); l'assenza di relazioni gerarchiche crea forte leva sulle variabili dei flussi comunicativi, può sviluppare più rigore metodologico e maggiore capacità di interagire all'interno di gruppi multiprofessionali.
Risultati ottenuti	<ol style="list-style-type: none"> 1) Costituzione del gruppo di coordinamento 2) definizione delle competenze del singolo coordinatore 3) pianificazione della rotazione delle funzioni di coordinamento sulle tre diverse aree 4) condivisione tra i coordinatori dei processi di gestione economica,

	<p>clinica-assistenziale e degli spazi interfunzionali</p> <ol style="list-style-type: none">5) condivisione delle funzioni di ogni coordinatore e definizione del modello di interscambiabilità6) condivisione del progetto con il gruppo coordinato7) avvio del nuovo processo di.. (<i>omissis</i>)8) verifiche intermedie con misurazione degli indicatori a tre e sei mesi dall'avvio (in itinere)9) verifica finale ed eventuale diffusione del progetto entro il 1 giugno 2009.
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	<p>I costi si riferiscono alle ore dedicate per le riunioni.</p>
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<ol style="list-style-type: none">1) Favorire il governo dei processi di miglioramento continuo;2) ridurre i conflitti all'interno dell'unità operativa e integrare il gruppo (assenza di gerarchia);3) contribuire al perseguimento ed al mantenimento di elevati standard di qualità, in quelle che sono le funzioni di accoglienza e di comfort alberghiero;4) aumento dei flussi della comunicazione;5) sviluppo elevato di competenze di coordinamento.
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>Eventuale trasferimento del modello organizzativo ad altre strutture della Fondazione.</p>

Titolo dell'esperienza	Cadute accidentali di pazienti e visitatori negli stabilimenti dell'AOU Pisana; la prevenzione delle cadute in ospedale.
Regione	Toscana
Azienda	Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana
Dipartimento/i	Direzione Professioni Infermieristiche e Ostetriche
Unità operativa/e	UO Infermieristica e UOP Formazione Permanente e Complementare
Città	Pisa
Indirizzo Struttura	Via Paradisa 2 Cisanello
Telefono	050.995.491
Fax	050.995.491
Referente (Unico)	Dott.ssa Patrizia Malacarne AFD UO Infermieristica
Telefono Referente (Unico)	050.993.006
Fax Referente (Unico)	050.995.491
Email Referente (Unico)	p.malacarne@ao-pisa.toscana.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Caposala
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Prof. Gaetano Privitera, Clinical Risk Manager Aziendale, Direttore UO Igiene ed Epidemiologia; Patrizia Malacarne, AFD UO Infermieristica; Vincenzo Catalani, infermiere UO Igiene ed Epidemiologia; Marilena Pradal, infermiere UO Formazione Permanente e Complementare del Personale Infermieristico AOUP; Flora Coscetti, esperto in Metodologia della ricerca infermieristica e nella gestione di processi formativi; Luciana Trabalzoni, AFD Formazione Permanente e Complementare PI
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo Formativo
Altro (specificare)	Il progetto si propone di: <ul style="list-style-type: none"> - sperimentare il percorso di segnalazione ed analisi delle cadute, come modulo inserito all'interno del sistema aziendale per la promozione della salute e la gestione del rischio clinico.; - valutare i pazienti a rischio di cadute, mediante l'applicazione di una scala di valutazione ReToss (contenente gli item presenti nelle scale Morse, Conley, Stratify) basata sui fattori di rischio maggiormente predittivi dell'evento caduta; - determinare i fattori di rischio strutturali connessi con gli ambienti e i presidi che non dipendono dalle condizioni dei pazienti e possono contribuire al verificarsi della caduta.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	L'esperienza segnalata rappresenta la realizzazione di due progetti: il primo progetto è promosso dal Centro per la Gestione del rischio clinico e la Sicurezza del paziente della Regione Toscana (GRC) nell'ambito delle Campagne per la -Sicurezza del paziente "La prevenzione delle cadute in ospedale"; il secondo riguarda il progetto Health Promoting Hospital (HPH) - Ospedali che promuovono la salute, promosso dalla rete HPH Toscana come buona pratica di promozione della salute negli ospedali della Toscana "Prevenzione incidenti e cadute pazienti, visitatori ed operatori sanitari".

Problema	Le cadute dei pazienti durante l'assistenza sanitaria sono la seconda causa di sinistri denunciati a carico delle aziende del SSR della Toscana. Autorevoli studi a livello internazionale (WHO, 2004; QUALITY + SAFETY COUNCIL 2005; NPSA 2005) richiamano l'attenzione, la sensibilizzazione e il coinvolgimento del personale delle strutture sanitarie, dei pazienti e delle comunità alla gestione del rischio di caduta.
Soluzione (tipo d'intervento)	Il percorso del progetto prevede: 1) Sperimentazione in 15 reparti a maggior rischio di caduta dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana della scala ReToss per la valutazione dei pazienti a rischio caduta, dei fattori di rischio correlati all'evento, dell'incidenza del rischio di caduta. 2) Applicazione di una check list per valutare i problemi strutturali riferiti all'ambiente (camere di degenza, corridoi, bagni, percorsi, illuminazione, ...), alle attrezzature ed agli arredi (maniglie, letti, comodini, ...) quali, possibili, fattori di rischio con correlati alle condizioni dei pazienti. 3) Applicazione di una scheda di segnalazione e di analisi per ogni evento caduta verificatosi. 4) Promozione di audit clinici per condividere le criticità emerse ed individuare le strategie di miglioramento. 5) Formazione degli operatori. 6) Informazione rivolta ai pazienti ed ai caregivers sui comportamenti da tenere per prevenire le cadute, sugli indumenti da usare per ridurre i rischi e sullo stile di vita da condurre (illustrazione mediante poster e consegna di una brochure informativa alla dimissione).
Risultati ottenuti	<u>I FASE</u> Sensibilizzazione (brochure da consegnare alla dimissione, produzione di poster relativo alle norme per la salvaguardia della sicurezza), predisposizione atti, ottimizzazione del sistema informativo inerente le segnalazioni di infortunio finalizzato ad un monitoraggio continuo del fenomeno. <u>II FASE</u> Durante i mesi di sperimentazione: <ul style="list-style-type: none"> - sono stati descritti e monitorati i pazienti a rischio di caduta, i fattori di rischio correlabili all'evento caduta e l'incidenza del rischio di caduta mediante la scala ReToss; - sono stati individuati i fattori di rischio più rilevanti per favorire un buon uso degli ambienti e dei presidi disponibili intervenendo sulla formazione e sull'informazione del personale e dei pazienti sono stati descritti e monitorati: gli eventi cadute (luogo, modalità e dinamica), gli effetti delle cadute (con o senza danno, tipo di danno), i fattori contribuenti (paziente, organizzazione, ambienti e presidi), l'incidenza delle cadute.
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	Costi relativi alla formazione e alla produzione del materiale informativo.
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	L'obiettivo generale è ridurre l'incidenza delle cadute. I benefici che derivano dal raggiungimento degli obiettivi prefissati sono: <ul style="list-style-type: none"> - l'empowerment di operatori e pazienti nella prevenzione delle

	<p>cadute;</p> <ul style="list-style-type: none">- la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute;- la buona gestione della relazione con i pazienti e con i familiari a seguito di una ed indirettamente ridurre il contenzioso.
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>Le azioni di prevenzione mediante l'utilizzo della Scala di valutazione dei pazienti a rischio di cadute, della check list di valutazione degli ambienti e presidi, delle schede di rilevazione e analisi delle cadute, degli strumenti comunicativi e informativi possono essere implementate in tutte le unità operative che accolgono pazienti in regime "ordinario".</p>

Titolo dell'esperienza	Implementazione della sicurezza del processo terapeutico attraverso l'uso di una Scheda di Terapia Unica (STU): l'esperienza dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (AOUP).
Regione	Toscana
Azienda	Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana
Città	Pisa
Indirizzo Struttura	Via Roma 67
Referente (Unico)	Dott. Vincenzo Catalani
Email Referente (Unico)	v.catalani@ao-pisa.toscana.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiere - Facilitatore Aziendale del Rischio Clinico
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Prof. Privitera Gaetano, Clinical Risk Manager, Direttore UO Igiene ed Epidemiologia Univ. AOUP; Bulleri Marco, Infermiere UO Formazione Permanente e Complementare Personale Infermieristico AOUP; Dott. Mencaroni Spartaco, Medico UO Igiene ed Epidemiologia Univ. AOUP; Dott.ssa Traballoni Luciana, AFD UO Formazione Permanente e Complementare Personale Infermieristico AOUP; Dott.ssa Golgini Elisabetta, Medico UO POCAS, Direzione Medica Di Presidio AOUP; Dott.ssa Scateni Monica, Direttore UO Assistenza Infermieristica AOUP.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo Relazionale Formativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	L'esperienza segnalata rappresenta la realizzazione del progetto promosso dal Centro per la gestione del rischio Clinico e la sicurezza del paziente, quale la "Scheda Terapeutica Unica".
Problema	Per errore di terapia si intende "ogni evento avverso, indesiderabile, non intenzionale, prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente". Il problema degli eventi avversi legati agli errori di terapia farmacologica è sempre più spesso oggetto dell'attenzione dei sistemi sanitari, per la grande rilevanza che tali evenienze hanno in termini di danno al paziente e di costi legati al contenzioso e all'immagine. Gli errori di terapia sono tra le prime cause di eventi avversi all'interno dei servizi sanitari. I più autorevoli rapporti internazionali sugli errori in sanità riportano dati allarmanti a proposito dei danni provocati ai pazienti da problemi connessi con il processo terapeutico. In uno degli studi più noti è stato rilevato che il 6.5% dei pazienti ammessi in ospedale vanno incontro ad eventi avversi dovuti ad errori di terapia; di questi, l'1% era fatale, il 12% erano rischiosi per la vita e il 30% gravi.

<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<p>Sperimentare ed implementare in tutte le unità operative dell'AOUP la "Scheda Terapeutica Unica" (STU) come unico documento che integra tutte le informazioni relative al processo terapeutico dei pazienti ricoverati, dotato di requisiti grafici e di contenuto progettati per ridurre l'incidenza di errori nelle fasi di prescrizione, preparazione e somministrazione dei farmaci.</p> <p>La STU rappresenta un eccellente strumento di comunicazione interna e per questo consente di far fronte ai problemi di comunicazione, prima causa degli errori di terapia.</p> <p>La STU è parte integrante della cartella clinica e:</p> <ul style="list-style-type: none"> - facilita i medici ad effettuare la prescrizione scritta in modo chiaro ed evitare la prescrizione a voce; - consente ai farmacisti di identificare correttamente il prescrivente e le caratteristiche del paziente, nei processi terapeutici che li coinvolgono nella preparazione del farmaco in modo tale da collaborare con il medico per la sicurezza della prescrizione; - evita passaggi di trascrizione tra la cartella clinica e la documentazione infermieristica cosicché gli infermieri impiegano la stessa scheda redatta dal medico per effettuare la somministrazione, risparmiando tempo ed abbattendo gli errori di trascrizione; - consente di tener traccia su un unico documento di tutte le operazioni effettuate sul processo e dell'autore di ogni intervento terapeutico.
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>Circa 850 professionisti tra medici, infermieri e caposala hanno ricevuto una formazione teorico-pratica specifica sugli obiettivi e sugli strumenti da adottare per la riduzione degli errori di terapia.</p> <p>I gruppi di lavoro multidisciplinari costituiti in ciascuna UO hanno elaborato una STU adattata alle proprie esigenze, a partire dai tre modelli proposti dal GRC della Regione Toscana.</p> <p>Le STU sono state sottoposte ad un periodo di sperimentazione in 59 unità operative per un periodo di 30 giorni, su due posti letto, utilizzando contemporaneamente la documentazione clinica esistente.</p> <p>Al termine della sperimentazione l'80% dei reparti si sono dichiarati favorevoli all'adozione sistematica della STU nella loro realtà operativa, direttamente o con alcune modifiche per rispondere ad esigenze specifiche.</p> <p>Soltanto il 20% ha espresso riserve riguardo all'adozione sistematica della scheda.</p> <p>Le STU oggetto di sperimentazione, sono state analizzate in ogni singola prescrizione e somministrazione documentata, sulla base di 14 item scelti per verificare la rispondenza delle azioni di prescrizione e somministrazione ai requisiti testuali, grafici e di contenuto richiesti dalla STU, e valutare la piena rintracciabilità di tutto il processo terapeutico.</p> <p>Per ogni unità operativa partecipante alla sperimentazione è stato prodotto un report specifico di performance, strutturato in maniera tale da permettere un confronto visivo immediato con il punteggio raggiunto negli stessi item a livello aziendale.</p> <p>Tale report è stato utilizzato come guida per la realizzazione di una serie di incontri con le singole unità volti ad analizzare le criticità specifiche emerse durante la sperimentazione della STU.</p> <p>Negli incontri, che si sono svolti a partire dal dicembre 2007, sono state valutate le problematiche sollevate dai gruppi di lavoro e, dove necessario, sono state concordate ulteriori modifiche al modello di STU</p>

	<p>personalizzata prodotta nella prima fase del progetto, tenuto conto delle criticità specifiche emerse durante la sperimentazione.</p> <p>Negli incontri, a cui hanno partecipato rappresentanti dell'Unità per la Gestione Integrata del Rischio Clinico e del Contenzioso (UGIRCC), della Direzione Infermieristica e della Direzione Medica di Presidio, sono state inoltre concordate le modalità operative per l'implementazione della STU entro un periodo di circa un mese.</p>
<p>Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)</p>	<p>Costi relativi alla formazione ed alla produzione del materiale (stampa e distribuzione delle STU comprensive di raccoglitori ad anelli in formato A3 e A4 con relative buste trasparenti).</p>
<p>Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)</p>	<p>La STU è una soluzione economica a basso costo che integra tutte le informazioni sul processo terapeutico; eliminando la trascrizione, fase a maggior rischio di errore, può contribuire a migliorare la qualità e la sicurezza delle pratiche cliniche.</p> <p>Le valutazioni preliminari effettuate dagli operatori sanitari coinvolti nella sperimentazione e nella successiva fase di elaborazione dello strumento hanno mostrato un parere decisamente positivo riguardo alla metodologia di lavoro della STU, esprimendo perplessità legate alle limitazioni insite nello strumento cartaceo.</p> <p>La successiva informatizzazione dello strumento, già allo studio a livello regionale e prevista per il 2009, dovrebbe permettere di superare le criticità residue e trovare gli operatori già preparati dal punto di vista metodologico.</p>
<p>Esperienze di trasferimento/Diffusione</p>	<p>Durante gli incontri con le unità operative è emersa la necessità di un cambiamento culturale e metodologico da parte degli operatori sanitari, in particolare in relazione agli aspetti di rintracciabilità della prescrizione e all'assunzione di responsabilità da parte del personale infermieristico, che si trova a gestire con maggiore responsabilità gli aspetti legati alla somministrazione della terapia.</p> <p>Infine, è stato evidenziato come l'implementazione dello strumento effettuata in maniera sinergica fra i gruppi di lavoro e il personale della Direzione Aziendale e dell'UGIRCC, anziché adottando una politica di imposizione dello strumento, ha permesso di superare più facilmente le resistenze culturali e di modificare le abitudini consolidate.</p> <p>Le valutazioni degli operatori e l'analisi degli indicatori di performance della fase sperimentale guideranno l'adozione sistematica della STU in tutta l'azienda e la successiva prevista informatizzazione dello strumento.</p>

Titolo dell'esperienza	Un nuovo modello organizzativo-assistenziale: l'Ospedale per Intensità di Cure.
Regione	Toscana
Azienda	Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana
Dipartimento/i	Direzione delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche
Unità operativa/e	UOP Formazione Permanente e Complementare
Città	Pisa
Indirizzo Struttura	Cisanello via Paradisa 2
Telefono	050.995.698
Fax	050.995.491
Referente (Unico)	D.ssa Monica Scateni
Email Referente (Unico)	m.scateni@o-pisa.toscana.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Dirigente infermieristico
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Traballoni Luciana, Marilena Pradal, Marco Bulleri, Patrizia Malacarne, Claudia Pratali, Maria Beatrice Cipriani, Mauro Giraldi, Flora Coscetti, Cecilia Urbano.
Progetto/Buona pratica A prevalente impatto	Organizzativo Formativo
Altro (specificare)	<p>Il trasferimento di alcune unità operative presso il 1° Potenziamento dell'ospedale di Cisanello ha costituito l'occasione per rivedere l'organizzazione assistenziale delle varie strutture, di tipo monodisciplinare tradizionale, ed introdurre una nuova modalità organizzativo assistenziale, quella basata sull'intensità di cura.</p> <p>Il nuovo ospedale deve essere "luogo a misura d'uomo", centrato sulla persona e sulle sue esigenze; bisogna, cioè, pensare all'ospedale dal punto di vista degli utilizzatori e non più solo da quello degli addetti ai lavori; questa, che sembra una considerazione ovvia, in realtà non ha mai trovato adeguata applicazione e rappresenta una rivoluzione epocale necessaria. L'obiettivo di questo nuovo ospedale per intensità di cure è di mettere al centro della struttura il paziente con la sua esigenza di cura ed i suoi bisogni di assistenza: ciascun paziente sarà indirizzato verso un percorso unico, con riferimenti sanitari certi per favorire l'appropriatezza nell'uso delle strutture ed un'assistenza continua e personalizzata.</p> <p>Un modello quindi che punta a far evolvere il sistema di cure tradizionale, incentrato sul sapere medico, verso un modello incentrato sul bisogno assistenziale del paziente.</p> <p>Il progetto si è sviluppato secondo due direttrici fondamentali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la formazione degli operatori per accompagnare il cambiamento; • la riorganizzazione di alcuni contesti di degenza ordinaria in week-surgery (tra questi ricordiamo il One-Day Surgery di Chirurgia Generale, l'UO di Neurologia, le tre UUOO di Otorinolaringoiatria e l'UO di Senologia). <p>In questo ultimo anno, la Direzione Aziendale ha focalizzato l'attenzione su alcuni aspetti ritenuti prioritari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trasferimento a Cisanello (1° potenziamento); • ristrutturazione e riorganizzazione della Clinica medica; • riorganizzazione del dipartimento Cardiotoracico.

<p>L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?</p>	<p>Esistono raccomandazioni regionali e aziendali, quali il PSR 2002-2004, il PSR 2005-2007 e la L.R. n. 40 del 2005, che l'azienda ha recepito.</p>
<p>Problema</p>	<p>La proposta di una riorganizzazione delle strutture ospedaliere in termini di intensità di cure comporta quindi anche la necessità di modificare il modello organizzativo– assistenziale; nasce l'esigenza di introdurre modelli di lavoro multidisciplinari, per processi ed obiettivi, con definizione di linee guida e protocolli condivisi e presuppone la creazione e lo sviluppo di ruoli professionali coerenti con il nuovo sistema.</p> <p>La varietà, la specializzazione e la differenziazione dei diversi attori che forniscono le prestazioni clinico-assistenziali rende necessaria una forte integrazione e coordinamento delle funzioni, riconoscendo come valori la complementarietà e la differenza dei vari professionisti. Dobbiamo pertanto considerare la nuova struttura ospedaliera come un sistema integrato in una rete di professionisti, servizi, livelli di assistenza che creano un continuum di assistenza sanitaria con al centro il paziente.</p> <p>Il nuovo modello di struttura ospedaliera organizzata per intensità di cure:</p> <ul style="list-style-type: none"> • supera le tradizionali modalità di assistenza e di prassi medica; • lavora per processi ad alta integrazione multidisciplinare; • riorganizza e differenzia le responsabilità cliniche e gestionali. <p>Per realizzare questo tipo di modello organizzativo-assistenziale diventa necessario ottimizzare le funzioni gestionali (gestione posti letto e gestione risorse) sviluppando le figure di coordinamento. Le tradizionali figure di gestione sia mediche (Direttore UO) che infermieristiche (Coordinatore) rafforzeranno la propria funzione soprattutto sulla linea professionale (garanzia e sviluppo delle competenze cliniche, presidio dei percorsi e di una pratica evidence-based). A livello di interfaccia diretta con il paziente emerge la necessità che vi siano altre nuove figure che realizzino un'effettiva presa in carico: il medico tutor, l'infermiere professionale, l'infermiere referente.</p>
<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presa visione delle planimetrie e valutazione degli spazi secondo quanto previsto dal progetto iniziale; 2. proposta di ridefinizione degli spazi seguendo il modello per intensità di cure e le indicazioni fornite dal Direttore Generale; 3. analisi dell'impegno di risorse infermieristiche e di supporto nei due modelli organizzativi; 4. comparazione dei due modelli; 5. rilevazione degli aspetti di forza e di debolezza del secondo modello; 6. descrizione del nuovo modello organizzativo-assistenziale; 7. informazione a livello capillare del nuovo modello organizzativo-assistenziale; 8. si prevede la successiva implementazione e valutazione dei risultati. <p><u>Soluzioni in ambito operativo.</u></p> <p>Nell'agosto 2007 si è proceduto al trasferimento dello stabilimento di Calambrone (Ortopedia e Chirurgia della mano) a Cisanello. A seguito del trasferimento è stato costituito un reparto dedicato per la Traumatologia</p>

	<p>presso lo stabilimento di Santa Chiara. L'istituzione del reparto ortopedico in Cisanello prevede l'accesso a pazienti in ricovero programmato in regime ordinario ed è stato istituito un settore di Week Surgery per la riabilitazione. Nel corso del primo semestre 2008 è stata trasferita la Nefrologia e Dialisi (universitaria e ospedaliera) di Santa Chiara organizzata secondo il modello di intensità di cure e successivamente la Medicina Generale 5. Contestualmente, l'azienda ha previsto di unificare le due Unità Operative di Gastroenterologia (Universitaria e Ospedaliera) anch'esse già trasferite a Cisanello e di costituire un Polo Endoscopico unico.</p> <p>A fine anno, si ipotizza che con il trasferimento della Clinica Chirurgica (Chirurgia Generale 2, Chirurgia Colon Rettale, Urologia Ospedaliera e Urologia Universitaria), dell'Oculistica (Ospedaliera e Universitaria) e dell'Otorinolaringoiatria (Ospedaliera, Universitaria e Foniatria), si renda necessario istituire anche un unico Polo di preospedalizzazione.</p> <p><u>Soluzioni in ambito formativo</u></p> <p>L'obiettivo della formazione è stato quello di sensibilizzare in questa prima fase tutti gli operatori sul modello assistenziale per intensità di cure. Questi eventi formativi hanno contribuito e contribuiranno alla creazione di gruppi di lavoro per la condivisione multidisciplinare dei modelli organizzativi e dei percorsi assistenziali.</p> <p>Entro la fine del 2008 si prevede un percorso formativo per il personale infermieristico che lavorerà all'interno del polo endoscopico unico, sulle varie specialistiche. La realizzazione di questo percorso si realizzerà attraverso le seguenti fasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. riunioni preliminari ad hoc per analizzare le problematiche/criticità della nuova organizzazione ed individuare possibili interventi correttivi (percorso già attivato da maggio 2008); 2. costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare per definire i vari ambiti di competenza e le specifiche problematiche al fine di progettare un percorso formativo idoneo ed adottare le strategie e gli interventi migliori in accordo con la Direzione Generale. <p>Si prevede altresì la costituzione di ulteriori laboratori formativi su tematiche individuate dai professionisti coinvolti nel trasferimento. La direzione infermieristica si rende disponibile, qualora le strutture ne sentissero il bisogno a partecipare e dare sostegno metodologico ai vari percorsi formativi per tutte le esigenze delle varie strutture.</p> <p>Sempre nell'ultimo trimestre 2008 saranno realizzate alcune edizioni di recupero dell'evento formativo sopraccitato per i dipendenti che a vario titolo non hanno potuto partecipare alle precedenti edizioni.</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>Formazione multidisciplinare di oltre 500 operatori.</p> <p>L'elaborazione dei dati relativi alle schede di gradimento del percorso formativo ha evidenziato buone percentuali di gradimento di questo primo evento, ma ha fatto anche emergere il naturale timore connesso a qualsiasi processo di cambiamento.</p>
<p>Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)</p>	<p>I costi fino a questo momento sostenuti sono quelli di organizzazione e implementazione del corso di informazione multidisciplinare ad oltre 500 operatori, e quelli di adeguamento, anche se in minima parte, delle nuove strutture in base all'organizzazione per intensità di cure.</p>

Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<p>I benefici che intravediamo riguardano principalmente l'utente e i professionisti.</p> <p>Per quanto riguarda l'utente, con l'implementazione del nuovo modello organizzativo – assistenziale, si prevedono benefici sia in termini di fruibilità dei servizi che in termini di comunicazione con gli operatori; il fatto che l'intera responsabilità della qualità dell'assistenza erogata al paziente sia riconducibile ad un'unica persona comporta sicuramente una diminuzione degli eventuali errori, con conseguente aumento di sicurezza anche in termini di rintracciabilità.</p> <p>Per quanto riguarda gli operatori, con l'adozione di un modello organizzativo-assistenziale che consenta di agire in autonomia e di assumersi le proprie responsabilità, le evidenze dimostrano che si hanno migliori risultati per gli utenti con conseguente aumento della motivazione degli operatori, maggior soddisfazione lavorativa e tendenza all'aggiornamento.</p>
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>La nostra esperienza è ancora agli inizi per cui, quando avremo maggiori dati a nostra disposizione, e dopo attenta valutazione degli output in termini di costi/benefici, efficienza ed efficacia, si prevede la possibilità di trasferimento-diffusione all'esterno.</p>

Titolo dell'esperienza	Week hospital: un meccanismo che funziona.
Regione	Toscana
Azienda	USL 5 di Pisa – Presidio Ospedaliero di Pontedera
Unità operativa/e	Medicina Generale – Week Hospital
Città	Pisa (Pontedera)
Indirizzo Struttura	Via Roma 180
Telefono	0587.273.254
Referente (Unico)	Valentino Di Lupo
Email Referente (Unico)	week@usl5.toscana.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiere
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Valentino Di Lupo, Tiziana Biasci (infermiere coordinatore), Elisabetta Ciampini, Elisabetta Rocchi, Fabiana Giani, Cristina Toni, Paolo Curradi, Antonella Baracchini, Anna Arrighini Valeria.
Progetto/Buona pratica A prevalente impatto	Organizzativo Relazionale
Altro (specificare)	<p>L'Ospedale di domani deve rispondere alla esigenza di abbinare la massima efficacia al minor costo utilizzando, a seconda del caso clinico, il più basso (ma appropriato) livello di intensità di cura.</p> <p>L'organizzazione dell'ospedale deve pertanto essere strutturata intorno al bisogno adottando un sistema basato su intensità e natura assistenziale. La figura dell'infermiere, vista in quest'ottica, deve necessariamente evolvere verso una funzione più complessa. L'infermiere ha visto crescere il proprio ruolo nel setting ospedaliero passando da semplice esecutore di ordini del medico a collaboratore fino a divenire il diretto responsabile dell'assistenza dell'utente.</p> <p>Con la trasformazione del modo di concepire l'ospedale e la richiesta di nuovi metodi di organizzazione, l'infermiere ha il dovere di partecipare attivamente alla costruzione ed alla conduzione delle nuove realtà che verranno sviluppate, questo perché è la figura che conosce più a fondo le problematiche collegate alla gestione di un reparto e le piccole e grandi difficoltà che possono essere di ostacolo ad una efficiente attività.</p>
Soluzione (tipo d'intervento)	<p>La parola intorno a cui gira tutta la filosofia che sta alla base della <i>week hospital</i> è "programmazione"; infatti, solo con un attento lavoro di programmazione è possibile riuscire a creare un percorso diagnostico che possa realizzarsi nell'arco di 5 giorni, tenendo presente anche l'eventualità di apportare modifiche o aggiunte in itinere. Tutta la fase di gestione della programmazione è coordinata dal personale infermieristico che, grazie allo sviluppo di metodologie, modulistica ed applicazioni software, amministra i percorsi dei vari utenti ricoverati consentendo al personale medico di concentrarsi sulla fase diagnostico-terapeutica.</p>
Risultati ottenuti	<p>Nei 2 anni di attività, malgrado i problemi che inevitabilmente si sono presentati, l'equipe infermieristica è riuscita a gestire la programmazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostico terapeutici in maniera efficiente.</p> <p>Il riscontro dato dai questionari somministrati agli utenti al momento della dimissione mostra dati ampiamente soddisfacenti.</p>

Esperienze di trasferimento/Diffusione	Presentazione del poster “ <i>week hospital</i> , un meccanismo che funziona” alla Conferenza Nazionale HPH (<i>Health Promoting Hospitals</i>) di Grado (ottobre 2006).
Eventuali note	Nel progetto <i>week hospital</i> il personale infermieristico ha dimostrato di avere la capacità di creare modelli organizzativi nuovi, efficienti e flessibili, che riescono a creare assistenza di qualità basandosi non solo sulle conoscenze ottenute ma anche, e soprattutto, sull’esperienza che giornalmente viene acquisita.

Titolo dell'esperienza	Gli infermieri stranieri e il lavoro interinale.
Regione	Friuli Venezia Giulia
Azienda	ASS n.6 Friuli Occidentale
Dipartimento/i	Direzione Sanitaria
Unità operativa/e	Servizio Infermieristico Aziendale
Città	Pordenone
Indirizzo Struttura	Via Vecchia Ceramica 1
Telefono	0434.369.826
Fax	0434.369.871
Referente (Unico)	Dott. Giuseppe Pedrinelli
Email Referente (Unico)	giuseppe.pedrinelli@ass6.sanita.fvg.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Dirigente infermieristico
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo Formativo
Problema	<p>Nel nostro paese appare evidente il "cattivo uso" del personale infermieristico. Questo problema appare più evidente se associato alla scarsa offerta d'infermieri nel mercato del lavoro in particolare nelle regioni del nord del paese. I Servizi Infermieristici da anni tentano di far fronte a tali criticità, ottimizzando le risorse presenti e il massiccio inserimento di operatori socio sanitari.</p> <p>Al momento, nonostante vi siano ancora degli spazi, i margini di recupero delle risorse rimangono ben pochi.</p>
Soluzione (tipo d'intervento)	<p>Questa tesi si propone di sperimentare e valutare l'inserimento di lavoratori infermieri stranieri comunitari e neocomunitari con rapporto di lavoro interinale.</p> <p>È stato elaborato un capitolato d'appalto che rispettasse il più possibile le esigenze e le peculiarità di un'azienda sanitaria territoriale. Si è dedicato interesse alla selezione del personale, definendo i requisiti dei candidati.</p> <p>L'articolazione del capitolato prevede un'attività di tutoraggio con l'affiancamento di un infermiere esperto, tutto questo al fine di conoscere l'organizzazione aziendale e verificare le competenze. È stata costruita una griglia di valutazione delle performance con la previsione di tre momenti di valutazione, il primo a tre mesi dall'inserimento lavorativo.</p>
Risultati ottenuti	<p>Dall'analisi della valutazione delle performance a tre mesi dall'inserimento lavorativo, i dati appaiono incoraggianti.</p> <p>Obiettivo 1: orientarsi. L'obiettivo è stato raggiunto anche se la comprensione dell'organizzazione e la logistica pongono ancora delle difficoltà.</p> <p>Obiettivo 2: ottemperanza ai doveri istituzionali. Gli infermieri rispettano i doveri istituzionali.</p> <p>Obiettivo 3: corretto utilizzo dei presidi/risorse materiali. Molti dimostrano di conoscere i presidi in uso, appare incoraggiante la richiesta d'aiuto ai propri tutor.</p>

	<p>Obiettivo 4: capacità di collaborare con gli altri operatori. Raggiunto da gran parte degli infermieri.</p> <p>Obiettivo 5: capacità di applicare le prescrizioni diagnostico terapeutiche. Si registrano difficoltà a riconoscere le modalità formali utilizzate per i rapporti con le strutture operative e servizi, difficile risulta l'identificazione della prescrizione diagnostico-terapeutica.</p> <p>Obiettivo 6: capacità di rispondere ai bisogni della persona. Si registra una certa difficoltà alla comprensione dei bisogni dei pazienti dovuti alle difficoltà con la lingua italiana e l'utilizzo dei dialetti.</p> <p>Obiettivo 7: capacità di utilizzare il sistema informativo assistenziale. Gli infermieri dimostrano di saper utilizzare il sistema informativo assistenziale.</p>
--	--

Titolo dell'esperienza	La comunità delle conoscenze: progetto di <i>Knowledge Management</i> in Area Vasta.
Regione	Toscana
Città	Prato
Indirizzo Struttura	Via Ermenegildo da Chitignano 8
Telefono	340.27.64.578
Referente (Unico)	Stefano Paoletti
Email Referente (Unico)	steblesxpl@libero.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiere
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Stefano Paoletti
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo Formativo
Altro (specificare)	<p>Il <i>knowledge management</i> rappresenta uno strumento importante nel processo di crescita delle conoscenze degli infermieri.</p> <p>In questo progetto viene sviluppato un percorso, al fine di rendere le conoscenze derivate dalle ultime evidenze, best practice, linee guida e quant'altro disponibile a tutti i professionisti di area vasta prima e successivamente a livello nazionale.</p> <p>Il coordinatore infermieristico si pone come innovatore, che stimolando il gruppo infermieristico alla ricerca, dà il via al processo di crescita culturale che s'inserisce inizialmente in una rete aziendale e poi di area vasta.</p> <p>La <i>learning organization</i> diventa parte importante di questo progetto e ne rappresenta il punto di partenza per la crescita culturale all'interno del gruppo dei professionisti. Il progetto permette di dare visibilità a tutti i professionisti indifferentemente all'area di appartenenza, mettendo in evidenza le eccellenze dei luoghi di cura, anche di minor visibilità, creando così una sorta di democratizzazione del sapere.</p>
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	Attualmente vi sono vari riferimenti legislativi a livello nazionale e locale che spingono all'utilizzo delle nuove tecnologie al fine di migliorare le conoscenze in campo professionale.
Problema	<p>Spesso ancora oggi i saperi che derivano dal nostro background culturale, dalla formazione post Laurea e dall'esperienza professionale, rimangono come imprigionati all'interno di ognuno di noi.</p> <p>Tutto questo appare strano specialmente in una professione come la nostra, visto che lavoriamo con persone per le persone. La conoscenza, quando si parla di assistenza, non dovrebbe essere celata o tenuta segretamente custodita solo per apparire i più bravi in un determinato lavoro o in un determinato campo.</p> <p>Pertanto, aprire nuovi orizzonti ai professionisti, mettendo a disposizione le nuove tecnologie per diffondere le loro esperienze e metterle in discussione con gli altri, è uno strumento che non solo arricchisce il professionista, ma crea una community di conoscenze sempre pronta all'evoluzione e</p>

	<p>stimolante che può dare risposte di qualità ai cittadini rifacendosi a quelle che sono le evidenze scientifiche e i bisogni prioritari di salute della comunità.</p>
Soluzione (tipo d'intervento)	<p>La creazione di una comunità che utilizza il <i>knowledge management</i> come elemento principe di condivisione della conoscenza è la via principale che può portare alla qualità totale l'assistenza infermieristica. Infatti, tutto ciò che verrà immesso in questa rete si rifarà a tutte quelle che sono le linee guida, le evidenze scientifiche e le raccomandazioni in capo internazionale. Tutto ciò appare utopico, e sinceramente crea un po' di disagio anche perché se non mettiamo in discussione il nostro pensiero ritorniamo al punto di partenza, ossia alla staticità di pensiero. D'altra parte è stato proprio Socrate ad affermare di "saper di non sapere", in quanto solo così si poteva avere la consapevolezza che la conoscenza è un processo in continua evoluzione e non si esaurisce mai. L'analisi di questo progetto ha la coscienza del "saper di non sapere", in quanto tutto il sistema è progettato per un'evoluzione continua e incessante.</p>
Risultati ottenuti	<p>I risultati che si attendono da questo tipo di progetto è dato dalla possibilità di raggiungere la qualità totale dell'assistenza infermieristica utilizzando tutto ciò che arriva dalle evidenze scientifiche, dalla best practice e altro, e dalla possibilità di omogeneizzare l'assistenza infermieristica. La costruzione di questa rete permetterà di essere la base per produrre e condividere la conoscenza, permettendo a tutti i professionisti di sentirsi parte e partecipare al processo di crescita professionale.</p>

Titolo dell'esperienza	Progetto "Teseo". La visita infermieristica di presa in carico nelle dimissioni protette ospedaliere.
Regione	Emilia Romagna
Azienda	Azienda Ospedaliera Arcispedale S. Maria Nuova
Dipartimento/i	Direzione Infermieristica, Tecnica e Ostetrica
Città	Reggio Emilia
Indirizzo Struttura	Viale Risorgimento 57
Telefono	0522.296.649
Fax	0522.296.039
Referente (Unico)	Marzia Prandi
Email Referente (Unico)	prandi.marzia@asmn.re.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Responsabile Formazione e Sviluppo - Direzione Infermieristica, Tecnica e Ostetrica
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Marina Iemmi, Elvira Ganassi, Marzia Prandi, Sonia Romani, Roberto Caroli, Paola Anceschi, Monica Cervi, Sandra Consolini, Nunzia Ilari, Vanda Lucenti, Manuela Melandri, Daniela Reverberi, Orietta Vecchi.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo Relazionale
Altro (specificare)	<p>La dimissione rappresenta l'anello debole delle transizioni del paziente da un servizio all'altro. Preparare un paziente alla dimissione è un aspetto centrale della pianificazione assistenziale infermieristica che risponde anche al diritto del paziente di essere coinvolto e accompagnato nella dimissione.</p> <p>La rilevazione di criticità riscontrate nella fase di dimissione ospedaliera di alcuni pazienti particolarmente complessi, ha fatto maturare l'esigenza di migliorare il processo, per quanto riguarda gli ambiti di competenza infermieristica, senza mai perdere di vista il fatto che il processo di dimissione è frutto dell'integrazione di un team multiprofessionale intra ed extraospedaliero e della partecipazione del paziente e della sua famiglia.</p>
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	<p>Il progetto Teseo prevede l'applicazione della procedura per la visita infermieristica di presa in carico nelle dimissioni ospedaliere protette, che si integra con la procedura aziendale per le dimissioni protette.</p> <p>Si richiama oltremodo l'impegno sulla continuità assistenziale previsto nel Piano Sociale e sanitario della Regione Emilia Romagna 2008 e nel Piano attuativo locale.</p>
Problema	<p>La dimissione rappresenta l'anello debole delle transizioni del paziente da un servizio all'altro. Preparare un paziente alla dimissione è un aspetto centrale della pianificazione assistenziale infermieristica che risponde anche al diritto del paziente di essere coinvolto e accompagnato nella dimissione.</p> <p>Il progetto riorganizzativo nasce da un evento critico che ha messo in evidenza la necessità di garantire la continuità delle cure ad un paziente nella fase di trasferimento dall'ospedale ad una struttura residenziale protetta. In particolare i "punti di debolezza" hanno riguardato la comunicazione delle informazioni tra i due contesti di cura.</p> <p>Il progetto si pone l'obiettivo di implementare un percorso assistenziale</p>

	<p>attraverso la pianificazione della dimissione dei pazienti ospedalizzati con la presa in carico del paziente da parte dei professionisti infermieri dell'assistenza domiciliare e delle strutture sanitarie territoriali.</p> <p>Gli interventi da attuare dovrebbero prevedere:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. continuità delle informazioni. Nel passaggio tra ospedale e territorio vanno trasmesse le informazioni essenziali per non interrompere il piano di cura. Le informazioni dovrebbero comprendere non solo i dati clinici e assistenziali, ma anche le preferenze del paziente, i suoi valori e la situazione familiare e sociale; 2. continuità relazionale. Per un paziente è importante avere persone e punti stabili di riferimento, mentre anche per gli operatori sanitari è più agevole valutare i cambiamenti di un paziente che conoscono e che hanno seguito.
<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<p>Implementare una procedura interaziendale per facilitare la continuità assistenziale infermieristica ospedale e territorio (Assistenza infermieristica domiciliare e Case protette), con particolare attenzione alle situazioni di dimissione protetta che rivelano un'alta complessità clinico-assistenziale, e nei casi in cui il contesto familiare di appartenenza abbia difficoltà di gestione autonoma della situazione familiare concomitante alla fase di dimissione.</p> <p>Azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valutazione dei casi eleggibili per l'attivazione della visita infermieristica di presa in carico in dimissione protetta entro 72 ore dal ricovero ospedaliero o dall'intervento chirurgico; - effettuazione della visita infermieristica di presa in carico, per gli specifici ambiti di competenza infermieristica, secondo le indicazioni contenute nella <i>check list</i> di riferimento; - definizione dell'ipotesi di piano di dimissione protetta, per gli specifici ambiti di competenza infermieristica, con eventuale coinvolgimento del <i>care giver</i>, con continua rivalutazione durante l'intera degenza; - conferma del piano di dimissione 24 ore prima della dimissione presunta, e verifica che ci siano le condizioni organizzative da parte del servizio territoriale accettante.
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>Lo scopo della procedura è quello di facilitare la continuità assistenziale infermieristica tra ospedale e territorio, in particolare nelle situazioni di dimissione protetta in cui la famiglia presenta delle difficoltà nel garantire una sufficiente adesione al progetto terapeutico e assistenziale (<i>coping</i> alterato della famiglia) e nelle situazioni in cui i pazienti presentano un quadro clinico-assistenziale ad alta complessità con particolare riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> · pazienti con ventilazione assistita in tracheotomia; · pazienti con PEG/NPT e problematiche associate; · pazienti oncologici con sintomi da controllare e alta complessità assistenziale, sia nella fase pre-NODO che nella fase di attivazione del NODO; · situazioni che necessitano di un percorso educativo del paziente e/o del familiare, da attivare durante la degenza e da continuare nella prima fase della domiciliarità; · pazienti con medicazioni complesse (con particolare riguardo alle medicazioni di lesioni da decubito, lesioni cutanee di origine vascolare, lesioni cutanee in pazienti diabetici). <p>La procedura va ad integrare la procedura aziendale "dimissioni protette di pazienti anziani non autosufficienti" nonché le procedure o documenti</p>

	<p>applicativi vigenti nei dipartimenti/servizi coinvolti.</p> <p>Il percorso inizia con la valutazione dei casi eleggibili che avviene entro 72 ore dal ricovero/intervento chirurgico/stabilità clinica del paziente, da parte del coordinatore infermieristico o infermiere esperto da lui individuato. Segue la programmazione della visita infermieristica di presa in carico attraverso contatto telefonico o posta elettronica con il Servizio Infermieristico Domiciliare o Casa Protetta e relativa valutazione sull'opportunità della presenza di un familiare o persona di riferimento. Segue l'effettuazione della visita infermieristica di presa in carico, per gli specifici ambiti di competenza infermieristica, secondo le indicazioni contenute nella <i>check list</i> di riferimento contenuta nella scheda raccolta dati. Vengono definite, in accordo fra coordinatore infermieristico (o infermiere esperto da lui individuato dell'ospedale) e coordinatore infermieristico (o infermiere esperto da lui individuato del Servizio Infermieristico Domiciliare o Casa Protetta), le ipotesi di piano di dimissione protetta, per gli specifici ambiti di competenza infermieristica, ed evidenza dei contenuti di tale piano nella cartella infermieristica ospedaliera e nella scheda territoriale. In seguito alla verifica periodica, nel corso della degenza, dell'ipotesi di piano di dimissione (segue o meno la conferma del piano di dimissione 24 ore prima della dimissione presunta), si procede alla verifica che ci siano le condizioni organizzative da parte del servizio territoriale accettante.</p> <p>Il progetto, e nello specifico la procedura interaziendale, sono stati ampiamente diffusi e condivisi attraverso incontri di formazione/intervento rivolti a tutti i coordinatori infermieristici e a tutto il personale infermieristico delle strutture organizzative coinvolte sia dell'ospedale che del territorio. Inoltre per sollecitare la valenza culturale del progetto, è stato inserito nel programma un convegno interaziendale sul tema della continuità assistenziale ospedale e territorio. Al convegno hanno partecipato circa 300 persone: operatori delle due aziende sanitarie locali, operatori delle aziende sanitarie delle città limitrofe (Modena e Parma) e studenti del Corso di Laurea per Infermiere dell'Università di Modena e Reggio Emilia.</p>
<p>Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)</p>	<p>I costi sono relativi alle ore di attività impegnate dai componenti del gruppo di progetto e alle ore di formazione rivolte ai coordinatori infermieristici e agli infermieri dei reparti/servizi coinvolti sia dell'ospedale che dei servizi territoriali.</p>
<p>Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)</p>	<p>La continuità assistenziale in generale e, nello specifico, la continuità assistenziale per l'area di competenza infermieristica, riduce la possibilità di eventi avversi rispetto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - autonomizzazione del paziente e della famiglia in riferimento alla gestione autonoma di comportamenti di salute, di trattamenti ed utilizzo di presidi e attrezzature; - omogeneità di procedure e strumenti informativi nella fase ospedaliera e nella fase domiciliare o in residenza sanitaria assistita; - efficacia della comunicazione fra operatori di contesti assistenziali molto diversi; - accompagnamento e sostegno psicologico del paziente e della famiglia, che passano da una situazione considerata soggettivamente protetta (l'ospedale) al proprio domicilio, o in altra struttura "meno specializzata". <p>Riflessioni di una paziente che ha collaborato attivamente al progetto: "Pollicino, i tanti pollicini siamo noi malati che abbiamo, oltre al terrore di una diagnosi terribile, anche quello di rimettere in discussione ogni singolo</p>

	<p>dettaglio della propria vita, trascinando con sé, come una valanga, affetti, amicizie, progetti. Dove ci possiamo incontrare? Dove riusciamo a stringere un'alleanza che riesca a definire il percorso da costruire e da attuare; cosa significano nella realtà parole come formazione, presa in carico, ricerca di strategie, educare alla diversità, aiutare a creare percorsi di autonomia? Con l'avvicinarsi delle dimissioni, si dovrebbero condurre esercitazioni sistematiche con i familiari per addestrarli, ma anche per renderli consapevoli di ciò che li attende a casa. In questa fase vedo il coinvolgimento con il territorio nelle vesti degli infermieri territoriali e del medico di base per un passaggio di consegne completo e verificato sul campo: in questo si realizza quella continuità che toglie il panico dell'abbandono da una situazione protetta ad una situazione sconosciuta. Ricordatevi che i familiari sono una risorsa: la sicurezza e il nostro benessere dipendono dal loro "saperci prendere in carico".</p>
<p>Esperienze di trasferimento/Diffusione</p>	<p>Questa esperienza può essere trasferita anche in altre realtà sanitarie, ma nell'ottica di una specificità professionale che va confrontata con la multidisciplinarietà necessaria per una dimissione protetta "sicura". Una procedura con queste caratteristiche non può esaurire la complessità che è spesso intrinseca alla dimissione protetta, poiché è necessario un intervento sinergico fra diversi professionisti sanitari e professionisti del sociale.</p>
<p>Eventuali note</p>	<p>Come menzionato in precedenza le ricerche disponibili mettono già in evidenza gli elementi che concorrono ad una "buona dimissione" ed esperienze italiane ad esempio quella del Servizio Infermieristico Aziendale dell'A.S.S. n.1 Triestina: "Per valutare l'efficacia della continuità assistenziale infermieristica sono stati analizzati i ricoveri avvenuti sei mesi prima e sei mesi dopo la segnalazione dei reparti di area medica di un campione di 106 deospedalizzati over75enni. Nei sei mesi successivi alla deospedalizzazione protetta, nel gruppo campione il numero dei ricoveri si è ridotto del 63%".</p> <p>Il nostro impegno va nella direzione del monitoraggio dei seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. di visite infermieristiche di presa in carico nelle situazioni di dimissione protetta (come da definizione di sopra) per reparto e per quadro clinico-assistenziale e familiare; - n. visite infermieristiche di presa in carico/n. tot. dimissioni protette effettuate da ogni reparto; - n. di dimissioni protette effettuate nei casi valutati con la visita infermieristica/n. visite infermieristiche di presa in carico; - n di <i>check list</i> compilate/n. delle visite infermieristiche di presa in carico; - n. delle relazioni inerenti i contenuti emersi dalla visita infermieristica e scritte nelle cartelle infermieristiche/n. delle visite infermieristiche di presa in carico effettuate; - n. reclami pervenuti attraverso i canali istituzionali dell'URP inerenti le situazioni di dimissione protetta con attivazione della visita di presa in carico infermieristica; - n. segnalazioni spontanee da parte degli operatori delle strutture interessate. <p>Inoltre vengono previsti periodicamente (ogni 3 mesi) degli incontri interaziendali di discussione sui casi attivati.</p>

Titolo dell'esperienza	Ambulatori infermieristici.
Regione	Lazio
Azienda	ASL RM B
Dipartimento/i	Dipartimento Assistenza alla Persona
Unità operativa/e	UODC Professioni Sanitarie Assistenza Infermieristica e Ostetrica (PSAIO)
Città	Roma
Indirizzo Struttura	via Filippo Meda 35
Telefono	06.41.43.32.07
Fax	06.41.43.32.07
Referente (Unico)	Dr. Andrea Maccari
Email Referente (Unico)	andrea.maccari@aslromab.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	CPSI, Referente dei flussi informativi degli ambulatori infermieristici
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Dr. Andrea Maccari, Dr.ssa Antonella Leto.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo
Altro (specificare)	<p>L'ambulatorio Infermieristico è un servizio ambulatoriale organizzato e gestito da infermieri attivato allo scopo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rispondere ai bisogni assistenziali del cittadino attraverso l'erogazione di prestazioni infermieristiche; • fornire alla cittadinanza un punto di ascolto sanitario che facilita l'orientamento e l'accessibilità ai servizi sanitari; • garantire la presa in carico dei cittadini attraverso la continuità assistenziale tra ospedale e servizi sanitari territoriali (ambulatori, consultori, medico di medicina generale e servizi domiciliari). <p>È inoltre importante riuscire ad evidenziare, sia in sede locale che regionale, l'attività svolta all'interno degli ambulatori infermieristici con un sistema di rilevazione dei dati che permetta di acquisire le informazioni in modo sempre più ufficiale, nonché diffonderli attraverso i canali già esistenti per l'assistenza ambulatoriale specialistica.</p>
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	L'obiettivo è quello di definire le strategie di convergenza operativa su base locale e regionale volte al raggiungimento degli obiettivi di omogeneizzazione dell'offerta e della integrazione con le realtà territoriali ed ospedaliere.
Problema	<p>Nonostante già da tempo in alcune Asl italiane siano funzionanti gli ambulatori infermieristici territoriali, non si è ancora giunti ad un modello "omogeneo" di erogazione di prestazioni infermieristiche e ancora meno ad un'impostazione operativa condivisa.</p> <p>La rilevazione dei dati di attività, perciò, risulta ancora frammentata e con poche regole comuni a livello nazionale.</p>

Soluzione (tipo d'intervento)	Le attività infermieristiche ambulatoriali a livello territoriale sono finalizzate a garantire la continuità assistenziale e la prossimità delle cure, ridurre le degenze ospedaliere e gli accessi in pronto soccorso, potenziare l'assistenza territoriale rispondendo e orientando la domanda sanitaria della popolazione.
Risultati ottenuti	<p>Le attività negli Ambulatori Infermieristici (AI) della Asl Roma B hanno avuto un incremento tale negli anni da rendere necessaria la loro identificazione attraverso la codifica degli stessi, dapprima nelle informazioni acquisite agli sportelli CUP e poi nei flussi del Sistema Informativo dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale Regionale (SIAS).</p> <p>L'Agencia di Sanità Pubblica ha provveduto a formalizzare le procedure per la registrazione delle prestazioni svolte presso gli AI a tutti i Direttori Generali delle Asl.</p>
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	Isorisorse
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<p>Il ruolo svolto dalla UOC Sistemi Informativi Sanitari aziendale, di concerto con l'UODC Professioni Sanitarie Assistenza Infermieristica e Ostetrica, è diventato fondamentale, a cominciare dall'anno 2005, per il raggiungimento dell'obiettivo di veder riconosciuto, anche attraverso la pubblicazione di dati ufficiali, il lavoro svolto negli Ambulatori Infermieristici Territoriali e, dall'anno 2007, nell'Ambulatorio Infermieristico dell'ospedale "Sandro Pertini".</p> <p>Il controllo sulla qualità ed il contenuto delle informazioni, relative alle prestazioni erogate dagli Ambulatori Infermieristici, ha permesso di arrivare a dei risultati eccellenti.</p>
Esperienze di trasferimento/Diffusione	Si è ottenuto il risultato di ritrovare, e in continua ascesa, le prestazioni degli ambulatori infermieristici territoriali anche nei database del Cup aziendale, del Recup regionale e negli archivi del Sistema Informativo dell'Assistenza Specialistica ambulatoriale sia aziendale che presso l'Agencia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, con una puntualità e precisione sempre crescenti.
Eventuali note	Gli autori fanno parte di un gruppo di lavoro regionale che da maggio 2008 lavora per la definizione delle linee guida per gli aspetti strutturali, tecnico organizzativi, procedurali e di valutazione degli ambulatori infermieristici, in collaborazione con Laziosanità - Agencia di Sanità Pubblica.

Titolo dell'esperienza	Gestione del rischio clinico presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.
Regione	Lazio
Azienda	IRCCS - Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG)
Dipartimento/i	Direzione Sanitaria
Unità operativa/e	Servizio Infermieristico
Città	Roma
Indirizzo Struttura	Piazza S. Onofrio 4
Referente (Unico)	Natalia Bianchi
Email Referente (Unico)	nbianchi@opbg.net
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Coordinatrice Servizio Infermieristico - Area Miglioramento Qualità dell'Assistenza
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Giovanna Carta, Tommaso Renzetti, Manuel Pomponi
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/raccomandazione Regionale/Aziendale/Altro? Se sì, quale?	<ul style="list-style-type: none"> - Ministero della Salute DM 5 marzo 2003. - Standard Joint Commission International, Capitolo QPS (Qualità e sicurezza del paziente). - Programma aziendale per il miglioramento della qualità dell'assistenza.
Problema	<p>L'OPBG, nell'ambito del percorso di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, culminato con l'Accreditamento all'eccellenza da parte dell'ente americano Joint Commission International, si è dotato di un "programma aziendale per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza", che ha tradotto in indicazioni operative le linee generali. Una parte fondamentale di tale programma è dedicata al tema del rischio clinico e della sua gestione.</p> <p>I due principi guida che l'OPBG ha intrapreso negli ultimi anni per governare in modo consapevole e condiviso il rischio sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la sicurezza dei pazienti deve essere il primo e più importante obiettivo di qualunque struttura sanitaria: la sicurezza al primo posto; - nella maggior parte dei casi gli errori correlati alle cure sono imputabili a difetti del sistema, più che alla responsabilità dei singoli operatori: correggere l'organizzazione è molto più importante ed efficace che punire i singoli. <p>Una delle condizioni prioritarie da effettuare per migliorare la sicurezza delle cure è quella di lavorare per un vero e proprio cambiamento culturale: gli errori non devono essere occultati, ma individuati, analizzati ed interpretati per poter migliorare, più che per colpevolizzare chi ha generato l'errore.</p>
Soluzione (tipo d'intervento)	<p>Sono state individuate alcune attività, da realizzare in modo progressivo, orientate a creare e diffondere una cultura condivisa della sicurezza, anche attraverso la raccolta sistematica delle informazioni concernenti gli eventi avversi.</p> <p>Nell'OPBG, dal giugno 2006, è stato avviato un sistema di <i>reporting</i> orientato a raccogliere sistematicamente i dati relativi agli eventi avversi ed evitati, al fine di analizzarne il tipo, la frequenza e la gravità e di usare queste informazioni per migliorare la sicurezza del paziente pediatrico.</p>

	<p>Per l'attivazione di questo <i>reporting</i> è stata predisposta la procedura "Sorveglianza e gestione degli eventi avversi ed evitati", che ha definito gli eventi sottoposti a monitoraggio sistematico ed il processo attraverso cui l'organizzazione rende più sicura l'assistenza.</p> <p>Un team multiprofessionale ha il compito di valutare le segnalazioni e, relativamente a quelle più significative e trasversali, condurre un approfondimento analitico tramite lo strumento della <i>Root Cause Analysis</i> (RCA), mirata ad individuare le cause ed i fattori contribuenti dell'evento avverso, in modo da delineare i possibili interventi migliorativi.</p> <p>Il processo della RCA è suddiviso in tre fasi successive:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. descrizione iniziale dell'evento e raccolta delle informazioni; 2. analisi dell'evento (con utilizzo del diagramma ad albero); 3. identificazione delle cause e delle possibili soluzioni. <p>A conclusione della RCA, il gruppo elabora il documento finale contenente le informazioni raccolte nella fase istruttoria, la ricognizione bibliografica, l'analisi e i relativi strumenti e le indicazioni per il miglioramento.</p> <p>Il successo finale dipende dalle azioni intraprese dall'organizzazione in risposta alle raccomandazioni del gruppo.</p> <p>Gli eventi più significativi ai fini dell'apprendimento dell'errore sono discussi mensilmente nella Conferenza per l'analisi condivisa della morbilità e della mortalità (M.M.), aperta a tutto il personale infermieristico e tecnico, coordinata dal Servizio Infermieristico e, a turno, dai diversi coordinatori infermieristici di dipartimento.</p> <p>Nel corso di M.M. sono illustrati e discussi casi clinici, la cui gestione ha presentato delle criticità non attese e potenzialmente prevenibili.</p>
Risultati ottenuti	<p>Nel corso dell'anno 2007 sono pervenute 157 segnalazioni di cui il 68.2% era riferito alla terapia farmacologica.</p> <p>Nei primi sei mesi del 2008 le segnalazioni, grazie alla formazione/informazione effettuata, sono triplicate rispetto all'anno precedente; gli esiti delle RCA hanno permesso la risoluzione di criticità sistemiche e la definizione di procedure/comportamenti/modifiche organizzative per ridurre la possibilità di accadimento di quel determinato errore.</p> <p>Si è creato un "clima" favorevole mediante la rassicurazione degli operatori sulle finalità dell'analisi intensiva e il coinvolgimento degli stessi.</p>
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	<p>I costi quantificabili sono quelli delle ore di formazione relativa al tema "sicurezza del paziente" e di partecipazione alle conferenze di M.M. del personale infermieristico/tecnico, per un totale annuo di 60.000 euro.</p>
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Superamento della resistenza a dichiarare e discutere gli errori che si sono verificati o che si è riusciti ad evitare, nonché ad imparare da essi. 2. Identificazione dei potenziali problemi correlati al processo ed al sistema. 3. Riduzione degli errori. 4. Aumento sicurezza del paziente.
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>Tale approccio sistemico alla gestione del rischio clinico è largamente diffuso negli USA, in Canada e nel Regno Unito e può essere validamente trasferito in qualsiasi realtà operativa.</p>

Titolo dell'esperienza	Il valore aggiunto di agire con Medici Senza Frontiere.
Regione	Internazionale
Azienda	Medici Senza Frontiere (MSF) Italia
Dipartimento/i	Risorse umane terreno
Città	Roma
Indirizzo Struttura	Via Volturmo 58
Telefono	06.44.86.92.94
Fax	06.44.86.92.20
Referente (Unico)	Ettore Mazzanti
Email Referente (Unico)	ettore.mazzanti@rome.msf.org
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Direttore Dipartimento Risorse umane terreno
Gruppo Progetto Ettore Mazzanti	<p>Nei progetti di MSF è da sempre presente una presa in carico dei bisogni di salute espressi da una popolazione in un dato contesto, secondo logiche di equipe. La metodologia è quella di lavorare in un team con differenti professionalità che tutte insieme concorrono al medesimo obiettivo/risultato.</p> <p>Oltre a differenti professionalità espresse è ulteriormente preziosa la molteplicità delle provenienze dei professionisti, sia operatori umanitari dalle più svariate parti del mondo, che delle professionalità autoctone presenti nel contesto d'azione (staff locale).</p>
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	<p>Clinico Organizzativo Relazionale Formativo</p>
Altro (specificare)	<p>Gli ambiti di intervento di MSF sono molteplici e in scenari differenti che sono in continuo mutamento. L'obiettivo di ogni intervento è portare dignità di vita e salute in quegli scenari in cui, per motivi legati da sconvolgimenti naturali o dall'azione malevola dell'uomo, tali diritti vengono calpestati o negati.</p> <p>In tali contesti l'approccio clinico è legato fondamentalmente alla semeiotica pura, ove segni e sintomi si riappropriano a pieno titolo del loro valore assoluto, perché la diagnostica per immagini o di laboratorio –quando presente- non corrisponde ovviamente ai nostri "canoni occidentali". Ecco quindi un terreno estremamente fertile per l'aspetto formativo che racchiude.</p> <p>Formazione che si arricchisce nel poter avere uno scambio dialettico e conoscitivo con le risorse disponibili per le esigenze di salute in Paesi a bassa-povera disponibilità. Formazione che tiene ben presente i due pilastri fondamentali: educare (ex-ducere, trarre fuori il potenziale presente nelle persone) ed insegnare (in-signare, lasciare un segno, traccia), compito che deve sempre accompagnare ogni azione sanitaria.</p> <p>In questi contesti è dunque necessario avere una propensione relazionale, caratteristica che dovrebbe essere patrimonio anche nei professionisti sanitari, e che trasversalmente coinvolge sia la popolazione di riferimento che i componenti dell'equipe.</p> <p>Il valore aggiunto di agire con MSF è quello di accrescere in modalità rappresentativa anche questo aspetto.</p> <p>Oggi siamo in una società interculturale in perenne mutazione ed avere strumenti aggiunti (missioni estere in contesti difficili) è il volano per meglio soddisfare le nuove richieste di salute che quotidianamente si presentano</p>

	<p>alle nostre strutture/reparti.</p> <p>Altro aspetto rappresentativo è quello organizzativo. All'infermiere di MSF viene sempre chiesto di coordinare sia le risorse umane che i materiali presenti in un determinato contesto. È rappresentativo il fatto che posizioni di coordinamento/organizzazione quali coordinatore di terreno, capo missione, direttore delle operazioni e via dicendo, siano ricoperte da professionisti infermieri che si sono sperimentati ed arricchiti con le esperienze di terreno/missioni utilizzando al meglio il capitale intellettuale e materiale presente.</p>
<p>L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/raccomandazione Regionale/Aziendale/Altro? Se sì, quale?</p>	<p>È da sempre ricercata una migliore presa in carico dei mutati bisogni della popolazione di riferimento. Avere competenze e consapevolezza aggiunta di relazione, semeiotica, organizzativa e di formazione ottenuta e dispensata è presente in innumerevoli progetti di implementazione.</p>
<p>Problema</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Accesso alle cure primarie; - epidemie; - emergenze; - salute riproduttiva; - malnutrizione; - malattie neglette.
<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<p>Progetti di Medici Senza Frontiere</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>I numeri delle persone raggiunte con gli oltre 400 progetti presenti in 63 Paesi potrebbero essere poco rappresentativi.</p> <p>Di ben più valore è l'aver consentito l'accesso alla dignità di vita e salute ai milioni di persone raggiunte con l'azione medica.</p> <p>Grazie alla testimonianza portata si è potuto cambiare lo stato delle cose sia in ambito nazionale che internazionale.</p>
<p>Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)</p>	<p>A carico di MSF, che riceve oltre l'80% dei fondi da privati cittadini che credono nell'azione di MSF, scevra da condizionamenti politici, religiosi, etnici.</p>
<p>Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)</p>	<p>Citati sopra, sia per i destinatari che per chi agisce con MSF.</p>
<p>Esperienze di trasferimento/Diffusione</p>	<p>Protocolli, Linee guida, evidenze scientifiche.</p>

Titolo dell'esperienza	Le dermatopie discariche in Pronto Soccorso: un esempio di triage situazionale.
Regione	Liguria
Azienda	Asl 2 Savonese
Dipartimento/i	Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche (DIMI)
Unità operativa/e	DIMI
Città	Savona
Indirizzo Struttura	Via Genova 30
Telefono	019.84.29.861
Fax	019.84.29.861
Referente (Unico)	Maura Tambuscio
Email Referente (Unico)	mbella@village.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiere
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Formativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/raccomandazione Regionale/Aziendale/Altro? Se sì, quale?	<p>I protocolli di triage intraospedaliero si avvalgono di <i>flow charts</i> specifiche per patologie, codificate soprattutto secondo i parametri vitali. L'<i>expertise</i> dell'infermiere permette al professionista triagista, gestore dei casi, di riconoscere situazioni per le quali la metodologia di triage ed i protocolli utilizzati non possono essere applicati in modo standardizzato, alla svariata tipologia di pazienti che accede al Pronto Soccorso.</p> <p>Tale professionista sarà in grado di attuare un "triage situazionale" che si adatti a determinate situazioni contingenti, riconosciute come tali da un professionista qualificato ed esperto qual è l'infermiere triagista.</p>
Problema	<p>L'argomento che ho scelto, come oggetto del mio elaborato finale del Master in Infermieristica in Area Critica, era per me totalmente sconosciuto fino a quando, per caso, mi è capitato di visionare alcune foto riguardanti problemi dermatologici legati alla malattia da decompressione e che sono state spunto di riflessione in merito all'attività di triage che ho svolto per anni, nel contesto della mia attività professionale, presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Savona.</p> <p>Sebbene la malattia cutanea da decompressione (MDD), da sola, non sia considerata pericolosa, si ritiene che la sua presenza sia, talvolta, anticipatrice di segni e sintomi potenzialmente più gravi o causare ad esempio danni neurologici permanenti. L'unica terapia in grado di risolvere definitivamente la maggior parte dei problemi legati alla MDD è l'ossigenoterapia iperbarica ma nella maggior parte degli ospedali questi problemi dermatologici, in assenza di alterazione dei parametri vitali, verrebbero valutati come codici bianchi e indirizzati, attraverso "percorsi brevi", verso ambulatori specialistici o verso ambulatori cosiddetti dei "codici bianchi".</p>
Soluzione (tipo d'intervento)	L'infermiere triagista, sulla base dell' <i>expertise</i> , deve essere in grado di riconoscere situazioni per le quali la metodologia di triage ed i protocolli

	<p>utilizzati non possono essere applicati, e di attuare un triage situazionale che si adatti a determinate situazioni contingenti al fine di individuare eventuali criticità o “errori latenti” che possono essere rappresentati graficamente dal “modello del formaggio svizzero” di Reason, ideatore della teoria sistemica per cui il verificarsi di un incidente è frutto di una concatenazione di eventi.</p> <p>Ogni fetta di formaggio rappresenta una parte di sistema, e i buchi le criticità. Nell’eccezionale caso in cui i buchi si trovino allineati l’uno all’altro si verifica la cosiddetta “traiettoria delle opportunità” o “tunnellizzazione” dell’errore e quindi il verificarsi dell’incidente.</p> <p>La soluzione potrebbe essere quella di inserire nella <i>flow chart</i> specifica del triage dermatologica l’ipotesi specifica relativa all’immersione subacquea. Non dimentichiamo inoltre l’importanza di documentare la pratica infermieristica, che ancora oggi è poco diffusa nel nostro ambito professionale. L’annotazione e la diffusione delle competenze infermieristiche sottoforma di “casi paradigmatici”, secondo la teoria di Patricia Benner, rivelano la conoscenza clinica. Questo metterà in grado i professionisti di perfezionare le capacità e dimostrare o illustrare le distinzioni qualitative che sono riusciti a riconoscere.</p>
Risultati ottenuti	<p>La ricerca bibliografica e quella condotta in rete riguardanti l’esistenza di <i>flow chart</i> specifiche non ha prodotto risultati sufficienti per pensare che esistano studi in merito all’argomento trattato. La spiegazione può essere data dal fatto che la ricerca non sia stata eseguita correttamente ma è più gratificante pensare che questo elaborato rappresenti l’inizio di un percorso di studio rivolto alla creazione di <i>flow chart</i> sempre più specifiche e sempre più mirate ai problemi di salute dei pazienti; ad esempio inserendo nella <i>flow chart</i> relativa al triage dermatologico, l’ipotesi specifica relativa all’immersione subacquea ed alle problematiche ad essa correlate (errore decompressivo, malfunzionamento tecnico ecc...).</p>
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	<p>È indubbio che il precoce riconoscimento di una patologia da decompressione riduca i costi derivanti da eventuali degenze e successiva riabilitazione ed educazione terapeutica per patologia neurologica, non riconosciuta tempestivamente; a fronte di costi sicuramente più contenuti, necessari per l’ossigenoterapia iperbarica.</p>
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<p>I benefici per il paziente, relativi al riconoscimento tempestivo di una patologia da decompressione sono elevati, soprattutto se si pensa che una complicità relativa al mancato riconoscimento di tale patologia può essere un evento neurologico (come ad esempio un ictus) che può determinare uno stato patologico cronico con conseguenti costi elevati in termini di costi umani, sociali ed economici.</p>
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>L’abstract dell’elaborato finale del Master in Infermieristica in Area Critica (Università degli studi di Pisa A.A. 2006-2007) è stato pubblicato sul periodico del collegio IPASVI della provincia di Savona.</p>
Eventuali note	<p>Il lavoro è disponibile in edizione integrale come Tesi di Master e Abstract in formato word e come presentazione in formato ppt e pdf.</p>

Titolo dell'esperienza	Nurse to patient Ratio - La dotazione organica nelle Unità Operative di degenza.
Regione	Toscana
Azienda	Asl 7 di Siena
Unità operativa/e	Assistenza Infermieristica Ospedaliera Zona Valdelsa
Città	Siena (Poggibonsi)
Indirizzo Struttura	Loc. Campostaggia
Telefono	0577.99.41
Referente (Unico)	Dr. Lorenzo Baragatti
Email Referente (Unico)	l.baragatti@usl7.toscana.it mrlore@libero.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Direttore Unità Operativa Assistenza Infermieristica Ospedaliera
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Dr.ssa Annalisa Gianfermo, UO Gestione del Personale; Beatrice Quercioli, Segreteria Direzione Aziendale; Dr.ssa Stefania Tanzini, UO Gestione del Personale; Dr. Luigi Tonelli, Direttore Presidio ospedaliero; Dr. Lorenzo Baragatti, Direttore UO Zona Valdelsa.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo
Altro (specificare)	Il progetto intende garantire adeguati livelli di sicurezza assistenziale limitando gli eventi avversi da inadeguato rapporto infermieri/pazienti.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	Rappresenta il risultato relativo ad un mandato aziendale.
Problema	Difficoltà da parte della Direzione sanitaria aziendale a definire il fabbisogno del personale di assistenza, con particolare riguardo alle unità di degenza dei Presidi ospedalieri.
Soluzione (tipo d'intervento)	La direzione sanitaria aziendale ha ritenuto necessario costituire un gruppo di lavoro, finalizzato all'analisi delle modalità di definizione del fabbisogno del personale di assistenza presso i presidi ospedalieri e alla formulazione di una proposta di dotazione organica ed alla comparazione con la dotazione attuale. Il gruppo di lavoro ha portato a termine il mandato assegnato in 20 giorni attraverso le seguenti tappe: definizione del problema, revisione della letteratura esistente, sintesi delle informazioni e verifica della loro applicabilità ai presidi ospedalieri della ASL 7, elaborazione degli indicatori per i presidi ospedalieri della ASL 7, definizione degli standard assistenziali derivanti dagli indicatori, compilazione relazione finale e consegna al committente. Successivamente il lavoro è stato presentato all'ufficio di direzione aziendale.

<p>Risultati ottenuti</p>	<p>Il documento consegnato ha: esaminato la legislazione passata e presente relativa alla definizione dei carichi di lavoro e del fabbisogno di personale; proposto l'adozione di un modello di assistenza infermieristica di riferimento; fornito alcune indicazioni relative alla definizione della complessità assistenziale ed alla percentuale di trasferibilità delle attività dall'infermiere agli operatori di supporto; focalizzato l'attenzione sull'impatto delle indicazioni emerse sull'ospedale organizzato per intensità di cure. La relazione ha fornito indicazioni circa il calcolo dell'offerta infermieristica in relazione al CCNL ed al calcolo delle assenze annue.</p> <p>Il documento ha fornito due proposte di metodo di calcolo del fabbisogno. La prima basata su esperienze di altre regioni, la seconda formulata dal gruppo di lavoro avvalendosi dell'analisi di letteratura internazionale. La letteratura di nursing utilizza sempre più di frequente come parametro di riferimento dei livelli di assistenza ospedaliera il rapporto "infermieri/pazienti assistiti".</p> <p>Questo rapporto può essere utilizzato per indicare l'intensità di assistenza che si desidera assicurare ai pazienti in degenza, e come tale essere compreso in un modello matematico che stimi la dotazione organica da assegnare.</p> <p>Il modello matematico proposto è: $nI = ((i/p) * tO * pl * 4) * (1 + A)$ dove nI è il numero di Infermieri necessario, i/p è il rapporto Infermieri/pazienti desiderato, 4 è il numero di Infermieri che si avvicendano in una turnazione di 24 ore, tO è il tasso medio annuo di occupazione della degenza, pl è il numero di posti letto di degenza ordinaria disponibili, A è la percentuale media di assenze dal servizio.</p> <p>Analogamente si può individuare il valore "p/i", ovvero quanti pazienti sono da assistere per infermiere, essendo noti il numero di infermieri in dotazione. In questo caso "p/i" è l'incognita che può essere calcolata dalla seguente formula:</p> $p/i = (nI / (1 + A)) * (1 / (tO * pl * 4)).$
<p>Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)</p>	<p>I costi sono esclusivamente imputabili al tempo sottratto alla consueta attività lavorativa dei componenti il gruppo di lavoro.</p>
<p>Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)</p>	<p>Il documento, corredato di tabelle con stato dell'arte della dotazione organica e definizione delle nuove dotazioni, ha permesso di condividere una riflessione che ha coinvolto l'intera Direzione Aziendale inerente le dotazioni organiche attualmente presenti nei presidi ospedalieri comparate con quanto proposto in letteratura.</p> <p>Il documento ha contribuito a far emergere alcune aree di miglioramento e necessità di ulteriore approfondimento circa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - necessità di migliore definizione del coefficiente di sostituzione da adottare (quali causali di assenza devono essere considerate e qual è il livello ed il tempo di copertura delle assenze lunghe che l'azienda è in grado di garantire); - insufficiente aderenza dei dati forniti dal sistema informativo aziendale alle necessità del metodo di calcolo (es. tasso di occupazione posti letto calcolato esclusivamente sulla degenza ordinaria) dotazione organica rapportata all'occupazione effettiva o potenziale; - aggiornamento dell'attività infermieristica trasferibile all'operatore socio sanitario.

**Esperienze di
trasferimento/Diffusione**

Il documento è stato successivamente oggetto di alcune pubblicazioni su riviste di settore a carattere regionale e nazionale. Tali articoli, hanno suscitato interesse nei colleghi italiani. Abbiamo ricevuto numerose richieste di approfondimento/chiarimento sul metodo; inoltre in internet sono nate, per iniziativa dei gestori di siti e blog di interesse infermieristico, alcune applicazioni per calcolare il fabbisogno di personale secondo la formula da noi rappresentata (è possibile accedervi digitando su google la stringa).

Titolo dell'esperienza	Progetto "Il senso della contenzione".
Regione	Puglia
Azienda	Asl Taranto
Dipartimento/i	Salute Mentale
Unità operativa/e	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
Città	Taranto
Indirizzo Struttura	Via per Martina Franca
Telefono	099.45.85.817
Fax	099.45.85.818
Referente (Unico)	Mario Piergianni
Email Referente (Unico)	mariopiergianni@alice.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiere - Il anno master in coordinamento - Università degli Studi di Roma Tor Vergata - sede Corigliano Calabro (CS)
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo
Altro (specificare)	<p>Il progetto è stato presentato dal referente all'esame della docente di Roma (Anchora) che ha insegnato "Strumenti per la pianificazione organizzativa all'interno del Servizio Infermieristico. La continuità assistenziale come politica e obiettivo del Servizio Infermieristico. La rete assistenziale dei servizi territoriali e la loro gestione".</p> <p>"La contenzione fisica è realizzata attraverso dispositivi meccanici che limitano i movimenti di tutto o parte del corpo del paziente. Sono usati per proteggere il paziente, o altri, da danni che potrebbero derivare da un comportamento non sicuro o non consono". Si applica come ultima risorsa e nelle situazioni di eccezionale gravità, non altrimenti gestibili e che, si configurano come stati di necessità (art. 54 c.p.) o solo in casi eccezionali e giustificati dall'interesse terapeutico e con la salvaguardia della dignità della persona dietro prescrizione medica contenente il mezzo da usare e la durata. Qualora il rifiuto alle cure sia fornito in uno stato lucido di coscienza, ma dettato da disturbi psichici che richiedono provvedimenti necessari e urgenti, l'obbligatorietà alle cure e quindi l'eventuale ricorso alla contenzione fisica, sono implicite nelle norme relative al TSO (legge 833 del 23/12/78, artt. 33-35).</p> <p>L'uso della contenzione deve essere soppesato e prescelto come per un farmaco, solo dopo aver preso in considerazione indicazioni terapeutiche, controindicazioni ed effetti collaterali in un bilancio dove i benefici devono essere rilevanti e concreti, poiché solo in questo modo la contenzione trova una sua legittimità terapeutica, etica e giuridica.</p> <p>Il testo approvato dal Comitato Centrale della Federazione Ipasvi – Febbraio 1999 art. 4.10 cita: "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologia sia evento straordinario e motivato, e non meiotica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia un'implicita risposta alle necessità istituzionali".</p>
Problema	La contenzione fisica nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura è un provvedimento estremo cui non si dovrebbe mai ricorrere ma è una possibile soluzione da adottare nei momenti di crisi del paziente nonché

	<p>quando si sono esaurite tutte le risorse terapeutiche.</p> <p>Con la contenzione fisica si interviene su una situazione urgente, critica, temporanea che non può essere risolta in maniera diversa. Esso è un tipo di intervento “estrema ratio”; deve essere limitata al tempo necessario per stabilire o ristabilire una relazione con il paziente.</p> <p>La contenzione è dunque un “evento sentinella” che va monitorato; avere un’accurata scheda di monitoraggio del contenimento implica al team infermieristico una maggiore responsabilizzazione in relazione al fenomeno della contenzione fisica, un miglioramento del processo assistenziale e una maggiore consapevolezza nell’agire infermieristico.</p>
<p>Soluzione (tipo d’intervento)</p>	<p>L’adozione di un trattamento che contempri una pratica di contenzione deve essere correttamente movimentata e documentata. A tal proposito il progetto “il senso della contenzione” è indispensabile, necessario.</p> <p>Il progetto prevede l’annotazione in un’apposita scheda, allegata alla cartella infermieristica, da compilare debitamente a cura del personale infermieristico e da allegare alla cartella infermieristica ogni qualvolta che sussistono gli estremi, specificandone le motivazioni, la durata del contenimento e i provvedimenti intrapresi per superare la situazione d’emergenza, accanto alle note sulle condizioni fisiche e psichiche del paziente.</p> <p>La necessità di registrare questo provvedimento deriva dalla natura stessa del provvedimento, eccezionale e straordinario, che deve ottemperare ai requisiti di legge.</p> <p>Il progetto è stato sviluppato prevedendo un metodo descrittivo attraverso cui si raccoglieranno tutti i dati del contenimento per analizzarne i problemi, le cause, le azioni erogate nonché la valutazione dei risultati conseguiti.</p> <p>Il presente Progetto-Obiettivo 2009 si applicherà nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Taranto, per essere successivamente applicata in tutti i Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura della Puglia in quanto contiene in maniera esauriente gli strumenti metodologici utilizzati in altri spdc. Data avvio Progetto: 1 ottobre 2008. Data fine Progetto: 1 ottobre 2009. Alla fine del progetto, elaborando ed analizzando i dati ottenuti, si potranno modulare o rimodulare eventuali interventi di miglioramento.</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p><u>Risultati attesi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Limitare il ricorso alla contenzione inappropriata; - gestione professionale del team Infermieristico alla contenzione; - miglioramento assistenziale sanitaria del paziente contenuto. <p>Il provvedimento dovrà essere registrato sulla apposita scheda, allegata alla cartella infermieristica, annotando i dati anagrafici, la diagnosi di ingresso, la modalità di esecuzione, i parametri vitali monitorati, le procedure di nursing effettuate e la durata del contenimento del paziente; sarà inoltre costituito un gruppo all’interno dell’equipe infermieristica spdc per monitorare lo sviluppo del progetto.</p>

	<p>Il Progetto ha richiesto una formazione specifica per il personale. Il team Infermieristico deve essere adeguatamente formato dimostrando competenza e professionalità nell'uso delle fasce di sicurezza. La formazione abbraccia inoltre anche gli aspetti giuridici sull'uso della contenzione.</p>
<p>Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)</p>	<p>Il progetto è quasi a costo zero; ci si avvale di una scheda di registrazione.</p>
<p>Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)</p>	<p>Il contenimento in un reparto psichiatrico – Spdc – si esplica attraverso modalità di intervento mirate, con l'obiettivo di ridurre e/o contrastare la condizione patologica che l'ha determinata.</p> <ul style="list-style-type: none"> ∞ Assicurare ai pazienti un piano di assistenza appropriata eliminando e/o riducendo gli "effetti collaterali" della contenzione (traumi, contratture, lesioni plesso brachiale, etc.) garantendogli le cure necessarie. ∞ Ridurre complessivamente il ricorso alla contenzione ∞ Rispondere in modo appropriato al bisogno assistenziale del paziente contenuto garantendogli le cure appropriate e continue, svolgendo una funzione di maternage. ∞ Modalità di attuazione del contenimento in modo professionale, scevra di rischi e altresì rispettosa per il paziente.
<p>Esperienze di trasferimento/Diffusione</p>	<ul style="list-style-type: none"> ∞ Alla fine del progetto i dati verranno messi a disposizione di tutto il personale mediante affissione in bacheca ed in seguito il gruppo-progetto diffonderà i dati al Convegno Regionale Psichiatria che si terrà a Bari nel mese di gennaio 2010. ∞ Sarà organizzato un corso di formazione specifico di training professionale per tutti gli operatori spdc specialmente nel caso di un paziente aggressivo.
<p>Eventuali note</p>	<p>La bibliografia consultata è la seguente: Benci L., Aspetti giuridici della professione Infermieristica: elementi di legislazione sanitaria, 4° ed., Milano: McGraw Hill; 2005. p. 222-7. Ercole A., Contenere la contenzione: ruolo dell'Infermiere nella contenzione del paziente, "La parola" a noi, n. 2, anno XII, 2005, pp. 30-33. Poli N, Rossetti Anna M.L., Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica, Nursing Oggi, n. 4, 2001, pp. 58-67. Gulizia D. et al., La contenzione fisica in ospedale: evidence based guideline. 2008; [37 schermate]. Disponibile presso: http://www.ospedaleniguarda.it/resources/LG%20La%20contenzione%20fisica%20in%20ospedale_1182.pdf accesso 05/06/2008 ore 18:00 De Chirico C. Liberi da contenzione. 2004; [3 schermate]. Disponibile presso: http://www.forumpa.it/forumpa2004/sanita/cdrom/home/progetto/31.html accesso 01/06/2008 ore 16:00.</p>

Titolo dell'esperienza	Dal corso al percorso formativo: l'evoluzione del piano formativo aziendale nell'esperienza dell'AOU San Giovanni Battista di Torino.
Regione	Piemonte
Azienda	AOU San Giovanni Battista di Torino
Dipartimento/i	Gestione Risorse
Unità operativa/e	Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane
Città	Torino
Indirizzo Struttura	Via Rosmini 4/a
Referente (Unico)	Donatella Becchio
Email Referente (Unico)	dbecchio@molinette.piemonte.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Responsabile Settore Formazione Permanente e Aggiornamento
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Donatella Becchio, Concetta Modica, Giacomo Mulassano, Guido Picco, Angela Ragaccio, Imelda Tesini, Raffaella Cancheri.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Formativo
Altro (specificare)	<p>La formazione e l'aggiornamento del personale sono considerati dalla Direzione Aziendale lo strumento principale di ottimizzazione delle risorse umane e di cambiamento organizzativo; attraverso lo sviluppo delle competenze professionali viene favorito il miglioramento continuo della cultura e dei valori di riferimento, nonché il sostegno ai programmi di sviluppo delle articolazioni aziendali (Dipartimenti, Strutture).</p> <p>La formazione rappresenta una leva strategica per il completamento e il perfezionamento del processo di aziendalizzazione e dipartimentalizzazione e viene attuata nel quadro di una coerente integrazione con le politiche di organizzazione del lavoro e del capitale umano.</p>
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	<p>Il Piano Formativo Aziendale risponde alle linee di indirizzo dell'ECM regionale e sviluppa percorsi formativi nelle 4 macroaree previste dal PSSRP 2006-10 (governo del sistema, promozione della salute e prevenzione, integrazione socio-sanitaria e cure primarie, rete ospedaliera/sviluppo modelli organizzativi) e ottempera alle indicazioni aziendali del PRR 2008-2010, agli obiettivi della Direzione, alle indicazioni provenienti dalle articolazioni organizzative dell'azienda e dai principali gruppi di lavoro e ai mandati aziendali nel campo del Piano di Promozione ed Educazione alla Salute.</p> <p>Inoltre, la Direzione di Formazione Molinette, certificata secondo la norma UNI ISO 9001:2000, ritiene che la formazione rientri fra i fattori chiave per lo sviluppo e il consolidamento delle attività dei professionisti della salute.</p>
Problema	<p>I professionisti della salute sono consapevoli della propria responsabilità nella crescita continua e nel mantenere aggiornate le proprie conoscenze e competenze distintive, in relazione alla propria attività lavorativa.</p> <p>È responsabilità del professionista la ricerca di opportunità educative che gli permettano il miglioramento per lo sviluppo personale e di carriera.</p> <p>Prima del nuovo modello concettuale di costruzione e implementazione del Piano Formativo Aziendale, la percezione era che l'offerta formativa non</p>

	<p>contribuisse completamente allo sviluppo e alla crescita professionale, che avesse scarse ricadute sull'organizzazione, ma fosse solo mirata all'acquisizione di crediti formativi.</p>
<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<p>Per superare queste criticità, si sono raccolti i bisogni di formazione: dalla loro analisi e condivisione con la Direzione Aziendale, la Direzione dei Dipartimenti e le Rappresentanze delle parti sociali, sono stati evidenziati gli obiettivi di processo per lo sviluppo formativo in termini di rilevanza e priorità. Conseguentemente, nel piano 2008-2010, sono stati creati percorsi trasversali alle singole aree tematiche finalizzati allo sviluppo di competenze, integrati da corsi per l'apprendimento e l'applicazione di strumenti per l'azione professionale e da corsi di formazione obbligatoria secondo i dettami legislativi cogenti. Il Piano Formativo Aziendale, che ha la priorità rispetto alle attività formative facoltative, è ora il documento che descrive il contesto, le strategie e l'insieme delle attività formative previste ed erogate dall'azienda.</p> <p>Annualmente viene tradotto in un programma formativo contenente l'organizzazione e la gestione degli interventi formativi che nascono dal piano e si concretizzano nell'arco di un anno secondo criteri prestabiliti.</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>Dopo i primi sei mesi dall'avvio del sistema ECM regionale e di attuazione del Piano, non è ancora possibile documentare la ricaduta nei contesti organizzativi aziendali.</p> <p>Si osserva comunque da parte dei fruitori una maggiore consapevolezza dei propri bisogni di formazione, una maggiore collaborazione con il Settore Formazione e una maggiore pertinenza nella scelta del percorso formativo in riferimento al proprio specifico professionale.</p> <p>Tali elementi denotano una tendenza da parte del singolo professionista a considerare la formazione non esclusivamente finalizzata all'acquisizione di crediti formativi, ma contributo fondamentale allo sviluppo delle proprie competenze (dalla costruzione del proprio dossier formativo all'analisi del proprio profilo di competenza).</p>

Titolo dell'esperienza	Il percorso organizzativo, assistenziale e relazionale del paziente con insufficienza renale cronica dalla diagnosi al trattamento dialitico.
Regione	Piemonte
Azienda	ASO Mauriziano di Torino
Dipartimento/i	Dipartimento di Medicina
Unità operativa/e	SC di Nefrologia e Dialisi
Città	Torino
Indirizzo Struttura	Via Magellano 1
Telefono	011.50.82.424
Fax	011.50.82.425
Referente (Unico)	Ivano Cervella
Email Referente (Unico)	acervo@inwind.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	CPS Infermiere
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Ivano Cervella, CPS Infermiere; Rosanna Mariano, CPS Infermiere; Antonella Menusan, CPS Infermiere; Maria Rita Melis, CPS Infermiere; Germana Poggio, CPS Infermiere; Piera Rossetto Casel, CPS Infermiere; Cristiana Sipolino, CPS Esp. Infermiere; Maria Cristina Odiard, Assistente sociale; Gianmaria Vacha, Neurologo.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo Relazionale
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	L'esperienza rappresenta l'implementazione degli obiettivi aziendali degli anni 2006-2008, che hanno aderito agli indirizzi regionali.
Problema	<p>L'Insufficienza Renale Cronica (IRC) è una sindrome determinata dalla progressiva perdita della funzione del rene sino, nella fase terminale, al trattamento dialitico e/o al trapianto. L'IRC è una malattia di grave impatto sulla sanità pubblica principalmente per due motivi: in primo luogo perché il numero dei pazienti è in costante aumento, ed in secondo luogo perché il trattamento dialitico è una terapia ad alto costo sociale ed economico.</p> <p>Il paziente nefropatico spesso viene a conoscere la propria condizione in modo del tutto casuale e, da quel momento, si trova a dover iniziare un percorso complesso dove sarà costretto a convivere con i più disparati cambiamenti. Vediamone alcuni: dovrà assumere una terapia farmacologia complessa; dovrà seguire una dieta ipoproteica durante la fase conservativa, controllata e razionata durante quella dialitica, sino alla auspicabile fase del post trapianto, ove essa sarà più libera; dovrà eseguire esami periodici, seguiti da visite che, a volte per anni, tenteranno di mantenere una funzionalità renale atta a prolungare il più possibile la fase conservativa; dovrà "soportare" il giungere della fase terminale (<i>end-stage</i>), iniziando il lungo cammino della dialisi come unica terapia</p>

	<p>sostitutiva vitale, avendo la prospettiva d'interromperla solo col trapianto d'organo, ove sia possibile.</p> <p>La complessità della patologia e la sua cronicità rendono necessaria, da parte del malato e della sua famiglia, una totale e consapevole adesione al programma terapeutico (contratto terapeutico).</p> <p>L'infermiere, comportandosi da <i>trade union</i> tra medico, utente e care-giver, diviene il perno di questo programma come "educatore alla salute".</p> <p>L'infermiere assicura, allora, interventi di prevenzione, assistenza, educazione ed informazione peculiari per ogni singolo paziente e nucleo familiare, sviluppando abilità ed allargando conoscenze, al fine di aumentarne l'autonomia nella gestione della malattia cronica (DM739 del 1994).</p>
<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<p>I principi ispiratori del percorso sono la presa in carico assistenziale e l'educazione terapeutica.</p> <p>Si è creato un team multidisciplinare per la gestione del percorso informativo composto da: nefrologo, infermieri, dietista, coordinatore infermieristico, assistente sociale.</p> <p><u>Fase 1</u> È istituito un "Momento di Incontro" della durata di circa 2 ore. Sono invitati 3-4 pazienti insieme al care giver e vengono trattati i seguenti argomenti col supporto multimediale:</p> <ol style="list-style-type: none"> le metodiche dialitiche illustrate rimarcando vantaggi e svantaggi; simulazione delle metodiche sostitutive in vitro; la qualità della vita, che comprende l'alimentazione, la sessualità, il lavoro, lo sport e le agognate vacanze; le problematiche inerenti il trapianto di rene; consegna di opuscolo informativo; compilazione di questionario anonimo sulla gradibilità e utilità dell'incontro. <p><u>Fase 2 (1° Incontro individuale)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ∞ L'infermiere compila una scheda di accettazione individuale. ∞ Colloquio su tutte le dinamiche richieste dal paziente e/o care giver ∞ Scelta consapevole del trattamento dialitico da parte del paziente insieme alla valutazione del nefrologo e infermiere. <p><u>Fase 3 (2° Incontro individuale)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ∞ Viene stilato il contratto terapeutico. ∞ Inizio dialisi. ∞ L'infermiere ascolta, informa, predispone piano di addestramento, predispone il supporto domiciliare, rielabora il piano educativo. <p>Un buon controllo dell'IRC può avvenire solo con una buona collaborazione del paziente al fine di ottenere un prolungamento della fase di pre-dialisi e un miglioramento della qualità di vita. "...l'informazione, l'educazione precoce, il coinvolgimento diretto del paziente nella scelta del trattamento influenzano in modo significativo la qualità della vita..." (Beaudoin).</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>Numero pazienti che hanno intrapreso il percorso assistenziale-informativo da settembre 2006 a dicembre 2007: 40, di cui il 63% maschi ed il 27% femmine, così suddivisi per età.</p> <p>30-40 anni: 1</p>

	<p>40-50 anni: 2 50-60 anni: 1 60-70 anni: 13 70-80 anni: 12 80-90 anni: 11 Diplomati 15%, non diplomati 85%.</p>
<p>Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)</p>	<p>Attività dell'ambulatorio da settembre 2006 a dicembre 2007.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero Pazienti afferiti al Centro 40 - Totale accessi 106 - Frequenza media degli accessi per paziente 2.8 - Frequenza media degli accessi all'ambulatorio 6.6 - Infermieri impiegati 6 - Rapporto medio infermiere/paziente 6.6 - Tempo medio ad incontro 2 ore - Totale ore lavoro impiegate nei colloqui 102 ore - Totale ore lavoro team multidisciplinare per programmazione 85 ore. <p>Costi minimi in quanto gli infermieri impiegati nel servizio non sono infermieri dedicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 infermieri lavorano in Dialisi Peritoneale; - 2 infermieri in Emodialisi. <p>Le prestazioni infermieristiche si sono svolte in orario di lavoro con una gestione più flessibile delle presenze. Il supporto informativo cartaceo ed informatico è stato prodotto all'interno del servizio.</p>
<p>Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)</p>	<p>I risultati elaborati dimostrano una riduzione degli ingressi acuti in dialisi, conseguentemente sono aumentati gli ingressi pianificati. Questo dato conferma quanto l'educazione terapeutica sia importante per il paziente che deve affrontare e fronteggiare la gestione e la convivenza con la patologia cronica, quindi la persona malata diventa parte attiva nella gestione della propria patologia.</p> <p>In particolare si rileva che il 65% dei pazienti è entrato in dialisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> · 13 pazienti hanno scelto l'emodialisi; · 13 pazienti hanno scelto la dialisi peritoneale. <p>Da notare che la penetrazione dei pazienti in dialisi peritoneale a livello nazionale è di circa il 10 % (l'informazione al paziente aiuta a scegliere la tecnica autogestita a domicilio e quindi rende il paziente il primo partecipe della propria scelta). Inoltre, il 35% dei pazienti era in attesa, quindi nessuno ha dovuto eseguire dialisi d'urgenza.</p>
<p>Esperienze di trasferimento/Diffusione</p>	<ul style="list-style-type: none"> ∞ Presentato al convegno "L'informazione al paziente uremico: informare, comunicare e prevenire" 20/10/2007 Ospedale Santa Croce di Cuneo. ∞ Pubblicato "Il percorso del paziente uremico: l'esperienza dell'A.O. Mauriziano" sulla rivista "Dalla parte dell'infermiere" IPASVI Torino Anno II N.1. ∞ Presentato Poster "Il supporto infermieristico all'informazione del paziente uremico nella scelta della metodica sostitutiva" al XXVI Congresso Nazionale EDTNA-ERCA. ∞ Presentato al "5° Convegno Interregionale Infermieri delle Nefrologie e Dialisi Piemonte - Valle d'Aosta" a Torino presso la Fabbrica del Gruppo Abele 28/09/2008.

	∞ Presentato al: "Assistenza infermieristica al paziente in dialisi peritoneale. Le strategie di intervento dalla cura della malattia alla presa in carico del paziente" 30/10/2008.
Eventuali note	<p>Il team multidisciplinare che accompagna il paziente uremico cronico nel percorso assistenziale e relazionale dalla diagnosi al trattamento dialitico ha risposto ai seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none">· Costituire un gruppo di operatori omogeneo in grado di garantire informazioni e contatti adeguati con il paziente.· Qualificare e personalizzare l'assistenza assicurando informazioni somministrate in modo strutturato (non lasciate perciò alla buona volontà del singolo operatore, ma definite da un momento preciso dell'assistenza con un team multidisciplinare dedicato e formato).· Realizzare un programma di lavoro e definire gli strumenti necessari per l'accoglienza e il monitoraggio dei pazienti.· Elaborare dei protocolli di accesso dei pazienti e del percorso.

Titolo dell'esperienza	La Disciplina Infermieristica: percorsi di <i>caring</i>, dalla formazione all'operatività.
Regione	Piemonte
Azienda	Ex-ASL 5 - CNAI nucleo di Torino - Università
Dipartimento/i	Territoriale
Unità operativa/e	Distretto di Orbassano
Città	Torino
Indirizzo Struttura	via Candido Balma 5, Rivalta (To)
Telefono	011.90.92.256
Fax	011.90.91.114
Referente (Unico)	Sandra Vacchi
Email Referente (Unico)	formazione.d3@asl5.piemonte.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Coordinatore Infer. cure domiciliari e Referente form. per il Distretto
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Sandra Vacchi, Coord.Infermieristico Cure Dom. Polo di Rivalta; Walter Pellegrini, Infermiere Magistrale e Counsellor per CNAI nucleo di TO; Cinzia Poponi, Infermiere Coord. per OSRU; Dott.ssa Daniela Bertinazzi, Responsabile OSRU ex-Asl 5 Collegno TO; Dott.ssa Barbara Vinassa, Responsabile Scientifico Eventi.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Formativo
Altro (specificare)	<p>Il Progetto formativo nasce sostanzialmente rivolto non solo al personale infermieristico, aziendale ed extra-aziendale nel suo ruolo di operatore e formatore/tutor, ma anche agli studenti dei Corsi di Laurea Infermieristica, in particolare dell'Università di Torino, per poter rispondere alla necessità di individuare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le caratteristiche della Disciplina Infermieristica ed il suo specifico contributo come scienza della salute, con particolare riferimento allo <i>human caring</i> nelle cure domiciliari; - i nodi critici dell'infermieristica oggi e l'attivazione di un confronto con analoghe esperienze europee ed extraeuropee; - le caratteristiche delle esperienze formative in Infermieristica di Famiglia e Comunità.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	<p>L'esperienza è frutto di un'analisi dei bisogni formativi rilevati a livello aziendale, sul personale infermieristico, ostetrico, socio-sanitario del territorio ed ospedaliero, che sono sfociati nella formulazione di un percorso costituito da alcuni progetti formativi ed un Congresso Nazionale conclusivo, rispondenti alle raccomandazioni d'azienda relative alla necessità di formazione ed aggiornamento permanente e progressivo del personale in campo relazionale, oltre che alle indicazioni di buone pratiche nell'assistenza.</p> <p>La partecipazione straordinaria al Congresso della Prof.ssa Jean Watson, fondatrice della teoria dello <i>human caring</i>, è stata l'occasione per far crescere il significato dell'infermieristica e l'attenzione da rivolgerci come disciplina che va acquistando particolare rilievo come professione sanitaria ben distinta e caratterizzata dall'esclusività di "...valori, conoscenze, pratica, etica" (Watson, 2005).</p>

Problema	<ul style="list-style-type: none"> ∞ Scarsa conoscenza della teoria dello <i>human caring</i> e assenza d'esperienze italiane riguardo il suo utilizzo nella pratica quotidiana. ∞ Capacità limitata di riconoscere le caratteristiche proprie della Disciplina. ∞ Iniziale, e solo parziale, sviluppo attraverso le proposte formative precedenti, dell'atteggiamento consulenziale e della cura di sé come professionisti che hanno bisogno di spazi e momenti di riflessione sui propri processi interni e della consapevolezza delle conseguenze di tutto ciò sul piano della relazione e dell'attività professionale.
Soluzione (tipo d'intervento)	<p>Attraverso il Progetto formativo composto da tre Eventi, proposto su più livelli e in più edizioni, si è cercato di diffondere l'acquisizione di abilità e strumenti che avessero come target:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il counseling e l'atteggiamento consulenziale; - l'acquisizione di una maggior consapevolezza di sé e delle proprie modalità di care; - una maggiore conoscenza dell'<i>human caring</i> quale teoria che può trovare spazio in tutte le professioni di aiuto che si occupano di sostenere in vario modo le altre persone; - lo <i>human caring</i> e le sue applicazioni nell'assistenza alla persona, alla famiglia e alla comunità.
Risultati ottenuti	<p>Il Progetto formativo ha permesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - di allacciare un rapporto più stretto con la Consociazione Nazionale Associazioni infermiere/i e l'Università degli Studi di Torino; - di formare, già su un primo e secondo livello di corso, un buon gruppo di infermieri ed ostetriche; - di coinvolgere, al Congresso Nazionale conclusivo, oltre alla Prof.ssa J.Watson, numerosi colleghi docenti e relatori italiani provenienti dalle università di Milano, Udine, Torino e Provincia, Roma, Bologna, Firenze, Chieti-Pescara; dalla Federazione Collegi IPASVI stessa; dai Collegi IPASVI di Torino e Provincia; dal CESPI e molti altri che hanno aderito con entusiasmo e portato le loro esperienze con grande competenza; - di ottenere, oltre alla partecipazione di autorità piemontesi, anche la presenza di una collega spagnola, la Dott.ssa Francisca Anaya Cintas, presidente dell'Associazione delle Infermiere comunitarie che ha ulteriormente accreditato l'evento e presentato in particolare la figura dell'infermiera di comunità, che in quel Paese è già presente e operante da tempo; - di poter proseguire il percorso formativo, anche sul 2009, con l'attivazione di ulteriori corsi di formazione specifici. <p>I partecipanti al Progetto, complessivamente, sono stati 350 fra: infermieri, ostetriche, dirigenti e coordinatori infermieristici, studenti del Corso di Laurea Infermieristica e dei Master in Infermieristica di Famiglia e Comunità e di Coordinamento.</p>
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	<p>Per gli Eventi Formativi su più livelli: docenti CNAI e risorse umane interne all'ASL (Coord. Inferm. /Referente Formazione e Tutor d'aula per il Distretto di riferimento; personale amministrativo OSRU); locali, materiali e attrezzature d'aula d'Azienda.</p>

	<p>Per la realizzazione del Congresso Nazionale: docenti esterni delle Università italiane e internazionali, CNAI e altri come già citato; cinque Coordinatori infermieristici per il Comitato Organizzativo, preparazione auditorium, materiali e organizzazione in loco e la condivisione dell'evento con il Comitato Scientifico; personale amministrativo del servizio OSRU; personale tecnico esterno per la gestione delle attrezzature audio-video; personale esterno per le traduzioni in simultanea; ufficio Assistenza Turistica Montagne Doc per sistemazione alberghiera; auditorium reso disponibile dal Comune di Almese.</p>
<p>Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)</p>	<p>Attraverso questa esperienza è stato possibile gettare le fondamenta per agevolare la nascita di un gruppo di lavoro misto: operatori ospedale-territorio, CNAI nucleo di Torino, attuale Servizio di Valorizzazione del Personale e Sistemi Premianti d'Azienda, per favorire lo sviluppo dell'applicazione dello <i>human caring</i> nella pratica infermieristica e per facilitare la nascita di un network nazionale/internazionale su cure domiciliari e <i>human caring</i> stesso.</p>
<p>Esperienze di trasferimento/Diffusione</p>	<p>Pur essendo l'esperienza trasferibile, come Progetto formativo, anche ad altre realtà o aziende sanitarie, si sta lavorando prioritariamente sulle strategie di attivazione dei percorsi di studio per l'applicazione della teoria in alcuni settori operativi specifici.</p>
<p>Eventuali note</p>	<p>Il Progetto presentato è stato recentemente coronato da una Segnalazione di Eccellenza per la partecipazione alla Candidatura nel settore Progetti Formativi-Premio Basile 2008 AIF PA- Associazione Italiana Formatori nelle Pubbliche Amministrazioni.</p> <p>La premiazione è prevista per il mese di ottobre 2008 a Firenze, all'interno del Convegno Nazionale AIF-PA e, nel 2009, l'AIF terrà una serie di convegni denominati Vettrine delle Eccellenze con la presentazione delle candidature premiate suddivisa per Regioni: per il Piemonte, la Valle d'Aosta e la Liguria l'appuntamento sarà l'8 maggio 2009 a Torino.</p> <p>La prof.ssa Watson, con la quale siamo rimasti in contatto finora, sensibile allo spirito, all'energia e alla positività vissuti durante questa sua prima esperienza italiana, si è resa disponibile a ritornare nel nostro Paese verso la fine del 2009 quando, speriamo, poter organizzare un nuovo Congresso.</p> <p>Sito Jean Watson: www.watsoncaringscience.org</p>

Titolo dell'esperienza	La prevenzione e il trattamento delle complicanze del cavo orale nel paziente oncologico: i risultati di un progetto clinico-assistenziale-educativo presso l'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino.
Regione	Piemonte
Azienda	Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano
Dipartimento/i	Chirurgia
Unità operativa/e	S.C. Odontostomatologia
Città	Torino
Indirizzo Struttura	Largo Turati 62
Telefono	011.50.82.378
Fax	011.50.82.387
Referente (Unico)	Patrizia Menozzi
Email Referente (Unico)	odontocoord@mauriziano.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	CPSI - S.C. Odontostomatologia
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	B. Bo, CPSI; P. Menozzi, CPSI; M. Tres, CPSI; Dott. F. Goia.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo Relazionale Formativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	<p>Con l'apertura dell'Istituto per la Ricerca e Cura del Cancro (IRCC) di Candiolo nel 1998 l'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino ha voluto che la S.C. di Odontostomatologia si prendesse carico della salute del cavo orale di tutti i pazienti in cura presso l'Istituto.</p> <p>Questo ha comportato un grande sforzo organizzativo e gestionale iniziale che ha portato nel 2008 la Regione Piemonte a riconoscere il servizio svolto a livello aziendale come "centro di riferimento regionale ad alta specializzazione per la prevenzione e la cura delle patologie del cavo orale e la riabilitazione dell'apparato masticatorio per i pazienti disabili psicomotori e per quelli sottoposti a radio-chemioterapia o a resezioni mutilanti dei mascellari".</p>
Problema	<p>La persona sottoposta a terapie oncologiche può sviluppare gravi complicanze a livello del cavo orale.</p> <p>La più frequente è rappresentata dalla mucosite che si manifesta nei pazienti sottoposti a chemioterapia, a trapianto di midollo osseo, a radio e/o chemioterapia per patologie del distretto cervico-facciale.</p> <p>Altre complicanze sono rappresentate dalle infezioni fungine, batteriche o virali, dalla xerostomia² e dalle emorragie gengivali o mucose. Nei pazienti che assumono bifosfonati per secondarismi ossei si è riscontrata recentemente la possibilità di sviluppare osteonecrosi a carico dei mascellari.</p> <p>Queste complicanze riducono notevolmente la qualità di vita del paziente, rendono difficoltosa o impossibile l'alimentazione per via naturale, interrompono il sonno, alterano il linguaggio, riducono l'autostima, modificano i rapporti sociali; possono altresì imporre interruzioni dei</p>

<p>Problema</p>	<p>La persona sottoposta a terapie oncologiche può sviluppare gravi complicanze a livello del cavo orale.</p> <p>La più frequente è rappresentata dalla mucosite che si manifesta nei pazienti sottoposti a chemioterapia, a trapianto di midollo osseo, a radio e/o chemioterapia per patologie del distretto cervico-facciale.</p> <p>Altre complicanze sono rappresentate dalle infezioni fungine, batteriche o virali, dalla xerostomia² e dalle emorragie gengivali o mucose. Nei pazienti che assumono bifosfonati per secondarismi ossei si è riscontrata recentemente la possibilità di sviluppare osteonecrosi a carico dei mascellari.</p> <p>Queste complicanze riducono notevolmente la qualità di vita del paziente, rendono difficoltosa o impossibile l'alimentazione per via naturale, interrompono il sonno, alterano il linguaggio, riducono l'autostima, modificano i rapporti sociali; possono altresì imporre interruzioni dei trattamenti antineoplastici riducendone l'efficacia.</p> <p>Determinante è il processo organizzativo, in quanto è indispensabile una stretta collaborazione tra gli operatori coinvolti nel percorso del paziente con un approccio terapeutico ed educativo condiviso.</p>
<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<p>A fronte di una sempre maggiore affluenza di pazienti oncologici con problematiche a livello del cavo orale, il gruppo infermieristico della S.C. di Odontostomatologia dell'A.O. Ordine Mauriziano di Torino ha presentato al proprio Direttore un progetto il cui obiettivo era il raggiungimento della salute del cavo orale di questi pazienti mediante la prevenzione e l'educazione all'igiene orale.</p> <p>Il progetto prevedeva le seguenti fasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. individuazione di un gruppo di lavoro composto da infermieri e medici del servizio di odontostomatologia; 2. formazione teorico pratica rivolta ad infermieri e medici del servizio di odontostomatologia mirata allo sviluppo delle competenze cliniche necessarie per la prevenzione degli effetti collaterali del cavo orale e in particolare per gli infermieri una sessione dedicata allo sviluppo di competenze educative; 3. individuazione di un percorso clinico-assistenziale-educativo, creato sulla base delle Linee Guida internazionali condiviso con l'equipe di oncologia, otorinolaringoiatria, radioterapia e dietologia che prevedesse una precoce presa a carico del paziente a rischio complicanze del cavo orale; 4. individuazione di un percorso amministrativo-organizzativo che favorisse l'accesso ai pazienti alle cure necessarie, all'interno dell'azienda. <p>Considerata l'importanza dell'intervento educativo che le evidenze disponibili sottolineano, gli infermieri del servizio di odontostomatologia dedicano tempi e strumenti per la definizione del contratto educativo, prevedendo tempi e luoghi dedicati a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - individuazione bisogno educativo; - definizione degli obiettivi educativi e dei risultati attesi; - attuazione degli interventi educativi/formativi; - verifica continua dei risultati; - ridefinizione del piano.

Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	<p>Il Centro di Prevenzione comporta l'utilizzo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ∞ risorse strutturali; una unità operativa dedicata allestita con un riunito odontoiatrico e relativi accessori, materiale didattico, bancone della prevenzione con appositi lavelli per le prove pratiche (costo dell'allestimento € 30.000,00); ∞ risorse umane; almeno 2 Cpsi per garantire un'assistenza quotidiana nell'orario di apertura dell'ambulatorio (costo rapportato alle ore dedicate € 40.000,00 annue); ∞ Gestione del percorso dei pazienti; una segretaria che, durante lo svolgimento dei propri compiti, sia in grado di registrare i pazienti e indicare loro il percorso logistico da seguire. Utile anche l'attivazione di una linea telefonica, a cui rispondono direttamente le infermiere con compiti di igiene dentale, dedicata ai pazienti in cura e agli operatori degli altri reparti.
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione dei disagi funzionali del cavo orale nei pazienti prima, durante e dopo la loro terapia oncologica principale; - i pazienti affrontano con ancora maggiore serenità e capacità reattiva le fasi della loro malattia per meglio reinserirsi nel contesto sociale; - miglioramento delle conoscenze degli operatori, stimolati ad una continua ricerca per ottimizzare il proprio operato in continuo divenire.
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>Punto di riferimento trasversale per la prevenzione delle patologie del cavo orale per tutte le S.C. degli ospedali e delle Asl che trattano questo tipo di pazienti ma non hanno un centro odontoiatrico attrezzato di riferimento. L'Azienda ospedaliera ha già predisposto e attuato due corsi ECM tenuti dal personale medico e infermieristico per la trasmissione ad ogni livello della nostra esperienza, con un miglioramento concreto dei rapporti operativi tra i vari reparti.</p> <p>Il personale medico e infermieristico svolge una azione di insegnamento agli studenti del corso di laurea in Igiene dentale presso l'Università di Torino durante il loro tirocinio pratico presso il nostro Centro nel corso di Prevenzione delle complicanze del cavo orale nei pazienti oncologici.</p>
Eventuali note	<p>Bibliografia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Joanna Briggs Institute The Prevention and Treatment of Oral Mucositis in Cancer Patients Vol 2 Issue 3 1998 2. Rhodus NL. An update on the management for the dental patient with Sjogren's syndrome and xerostomia Northwest Dentistry 78(4):27-34, 1999 Jul-Aug 3. Ortega C, Faggiuolo R, Vormola R, Montemurro F, Nanni D, Goia F, et al. Jaw complications in breast and prostate cancer patients treated with zoledronic acid. A. Oncol. 2006;45(2):216-7 4. Diagnosis and management of head and neck cancer. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network - National Government Agency 2006 Oct. 90 pages 5. Miller M, Kearney N. Oral care for patients with cancer: a Review of the literature. NCI 2001;24:241-254 6. CDC Guidelines for preventing opportunistic infections Among Hematopoietic Stem Cells Rec, Oct 2000 7. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Treatment of Cancer Therapy-Induced Oral and Gastrointestinal Mucositis (for the Mucositis Study Section of the MASCC/ISOO 8. Oral Complications of Chemotherapy and Head /Neck Radiation. NCI

Titolo dell'esperienza	Progetto Hippocrates: la formazione dei formatori basato sul processo di <i>knowledge management</i> applicato in ambito sanitario
Regione	Piemonte
Azienda	Presidio Sanitario Gradenigo della Congregazione Figlie della Carità di SanVincenzo de' Paoli.
Unità operativa/e	Ufficio Fund Raising, supporto alla progettazione
Città	Torino
Indirizzo Struttura	Corso Regina Margherita, 8/10
Telefono	011.81.51.548
Fax	011.81.51.428
Referente (Unico)	D.ssa Sabrina Grigolo
Email Referente (Unico)	sabrina.grigolo@h-gradenigo.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Coordinatore Sanitario
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Dott.ssa Sabrina Grigolo, project manager Hippocrates; Dott.ssa Susanna De Maria, esperta modello Knowledge Management; Dott.ssa Gabriella De Pasquale, Supporto Sviluppo Attività; Dott. Massimo Corona, esperto contabile; Dott. Enrico Domenico Chiara, medico di medicina generale; Dott. Giuseppe Beccaria, Direttore Amministrativo Presidio Sanitario Gradenigo.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Formativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	Il Progetto Hippocrates viene presentato alla Commissione Europea nell'ambito del Bando Lifelong Learning Sub-Programma Leonardo (2007) ottenendo l'approvazione e il conseguente finanziamento. Ottiene il Patrocinio della Regione Piemonte. Il Progetto Hippocrates prevede la collaborazione di partner italiani ed europei: Lituania, Germania, Repubblica Ceca, Polonia e Italia. Il Progetto è iniziato il 1 gennaio 2008 e terminerà alla fine del 2009.
Problema	<p>La formatrice di un presidio ospedaliero ed un esperto di organizzazione di impresa e <i>knowledge management</i> si incontrano e provano a comprendere le reciproche e diverse realtà. Si confrontano, soprattutto, su problemi risolti e da risolvere e scoprono che esistono ambiti di collaborazione nonostante le differenze di cultura, di contesto, di approcci.</p> <p>Il problema affrontato è correlato all'impatto dei piani formativi sul cambiamento reale dei comportamenti degli operatori e, di conseguenza, dell'organizzazione.</p> <p>A fronte di molti corsi di formazione organizzati dallo stesso ospedale e da altri soggetti, emerge il bisogno di valutare l'efficacia dell'impatto della formazione, in relazione anche agli investimenti aziendali (economici, strutturali, risorse umane, etc).</p> <p>Una delle principali cause del problema è riconducibile alla "qualità del formatore": se un formatore è realmente efficace, producendo un cambiamento nel discente, la formazione raggiunge almeno il 75% degli obiettivi, secondo il modello di Kirkpatrick (gradimento, apprendimento, cambiamento nel discente, cambiamento nell'organizzazione).</p> <p>E nasce l'idea di un progetto: provare a sperimentare in un piccolo ambito della sanità un modello di <i>knowledge management</i> applicato con successo</p>

	in ambito industriale, dove la conoscenza di ruoli chiave ha la necessità di essere gestita secondo un vero processo di <i>Knowledge Management</i> .
Soluzione (tipo d'intervento)	<p>L'idea di un progetto prende forma e viene sviluppata e descritta negli aspetti applicativi per essere condivisa dal management del Presidio Ospedaliero.</p> <p>Il progetto consiste nell'applicare una metodologia particolare di knowledge management ad un ruolo "chiave" dell'organizzazione, per assicurare che le competenze e le conoscenze evolvano con il contesto interno ed esterno, secondo le indicazioni e le informazioni raccolte dal sistema, dagli utenti della formazione, dagli utenti dei servizi sanitari.</p> <p>Il ruolo chiave identificato è quello del Formatore. Secondo la definizione del Prof. Karl Wing – Knowledge Research Institute – Pasadena – CA, USA, il <i>knowledge management</i> può essere definito come la costruzione, il rinnovamento e l'applicazione della conoscenza finalizzata, in modo sistematico ed esplicito, a massimizzare l'efficacia dell'organizzazione derivante dalla conoscenza stessa e dagli altri <i>asset</i> del capitale intellettuale. Include l'analisi, la sintesi, la verifica e l'implementazione dei cambiamenti correlati ai flussi di conoscenza coerentemente con gli obiettivi dell'organizzazione. Comprende tutte quelle attività necessarie a facilitare il lavoro direttamente collegato alla conoscenza e non può prescindere dall'acquisizione di una mentalità della gestione degli <i>asset</i> legati alla conoscenza, richiesta per creare, mantenere e utilizzare un capitale intangibile appropriato.</p> <p>Il progetto diventa consistente e si delinea nei suoi principali elementi, partendo da un presupposto fondamentale: il coinvolgimento diretto dei formatori esperti, unici in grado di definire come svolgere il proprio ruolo e descriverlo anche in termini di competenze necessarie e di gap formativi, di identificare le necessità di miglioramento e dell'integrazione delle conoscenze, in funzione dell'evoluzione dei processi sanitari, delle normative, dell'introduzione di nuove tecnologie.</p> <p>Il ruolo di formatore viene considerato strategico per tutte le organizzazioni complesse e fortemente focalizzate al cambiamento, al miglioramento continuo, all'evoluzione dei processi organizzativi che devono tenere conto delle nuove tecnologie e delle principali competenze ad esse direttamente correlate. La velocità con cui si modificano e si integrano competenze e tecnologie rappresentano un vincolo ed una sfida che devono essere gestiti in maniera dinamica ed efficace, ed in particolare in quelle organizzazioni che per <i>mission</i> e <i>vision</i> mettono la salute della persona al centro delle loro performance.</p> <p>L'attuale scenario sanitario richiede agli operatori che lavorano nel campo della formazione a diversi titoli di ripensare alla loro funzione, in una visione che introduca e consolidi la capacità di "gestire le competenze". Il formatore non può più dimostrare di possedere "solo" le conoscenze relative al proprio settore e quindi di trasmetterle, ma deve anche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - saper gestire la conoscenza in senso più ampio curandosi di anticipare la propria evoluzione rispetto al contesto di riferimento; - garantire l'adeguamento tempestivo delle proprie competenze in risposta ai cambiamenti; - consolidare la capacità di trasferire ad altri tali modifiche corrispondendo ai nuovi e più impegnativi obiettivi da raggiungere. <p>Tradotto nella realtà dei fatti il descritto modello di <i>knowledge management</i> si pone come obiettivo quello di rendere esplicita e fruibile la conoscenza</p>

	<p>tacita ed implicita che ogni formatore ha maturato con la sua attività. Quanto sopra al fine di consentire all'organizzazione professionale di trarre un vantaggio in termini di competenze delle risorse umane e di miglioramento della qualità delle prestazioni erogate.</p>
Risultati ottenuti	<ul style="list-style-type: none"> - La creazione di un portale e di un database delle migliori prassi nell'ambito del knowledge management. - Lo sviluppo di un pacchetto formativo per i formatori in ambito sanitario, costruito a partire dall'analisi dei bisogni formativi e secondo il modello del knowledge management, che utilizza come presupposti principali: il coinvolgimento dei valutatori esperti, l'autovalutazione come strumento di analisi delle competenze, la definizione di un profilo di competenze di riferimento (<i>trainer knowledge profile</i>) da utilizzare per la definizione dei percorsi di sviluppo e formazione. - La creazione di una comunità virtuale di formatori ed esperti.
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	<p>Costo complessivo del progetto: € 392.713,00. Budget stimato EU: € 294.534,75</p>
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>Il Progetto Hippocrates prevede una attività specifica di disseminazione a livello locale e internazionale. Ogni partner coinvolto nel progetto è responsabile dell'attività di disseminazione a livello nazionale e locale. Gli strumenti di disseminazione identificati sono: articoli, newspaper, poster, brochure, meeting. Il portale del Progetto Hippocrates è www.hippocrates.fadgradenigo.it</p>

Titolo dell'esperienza	È possibile trasformare un ospedale in un buon posto lavoro per gli infermieri? L'esperienza di trasferimento e adattamento del modello degli "ospedali magnetici" presso l'Azienda ospedaliero-universitaria di Udine.
Regione	Friuli Venezia Giulia
Azienda	Azienda ospedaliero universitaria Udine
Dipartimento/i	Direzione Professioni Sanitarie
Città	Udine
Indirizzo Struttura	Piazzale Santa Maria della Misericordia 1
Telefono	0432.552.111
Referente (Unico)	Daniele Salmaso
Email Referente (Unico)	salmaso.daniele@aoud.sanita.fvg.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Direttore Servizio Infermieristico
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	G. Borghi, P. De Lucia, M. Del Forno, I. Guardini, M. Mesaglio, G. Mini, S. Noacco, D. Sbaiz, R. Vesca, A. Palese.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/raccomandazione Regionale/Aziendale/Altro? Se sì, quale?	<p>Sviluppare un ambiente organizzativo facilitante la pratica clinica infermieristica, in grado di sostenerla, proteggerla (molti sono gli infermieri che lasciano il nursing) e svilupparla, è una delle priorità di tutte le aziende sanitarie ed ospedaliere italiane.</p> <p>Le strategie per sviluppare un ambiente in cui il nursing possa trovare spazio e sviluppo sono molteplici e rintracciabili in numerosi documenti regionali, aziendali e professionali.</p> <p>Sviluppare un approccio sistematico e pratico ai fattori ostacolanti la pratica infermieristica è stata la priorità della Direzione generale dell'azienda ospedaliero-universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine che ha intrapreso, sulla base delle numerose raccomandazioni di letteratura, professionali e regionali, un processo di cambiamento dell'intera organizzazione aziendale volto a ridefinire le regole di vita organizzativa relativamente al miglioramento del benessere organizzativo, in termini di: a) leadership; b) integrazione interprofessionale; c) sviluppo autonomia clinica; d) miglioramento qualitativo; e) di sviluppo professionale.</p>
Problema	<p>L'azienda ospedaliero universitaria Santa Maria della Misericordia, negli ultimi anni, ha espresso un crescente livello di sofferenza diffusa ed esplicita della professione infermieristica ed assistenziale che ha determinato non solo una oggettiva difficoltà di reclutare nuove risorse, ma anche una incapacità di trattenere quelle esperte.</p> <p>La situazione che si è venuta progressivamente a creare è quella denominata, anche in letteratura, <i>nursing and nurses shortage</i>: una carenza, non solo di infermieri, ma anche di una pratica infermieristica. Sui pochi infermieri rimasti si concentrava un elevato carico di lavoro che influenzava anche la loro capacità di realizzare la migliore pratica infermieristica per loro possibile.</p> <p>I fattori che hanno determinato questo problema sono numerosi: la mancanza di stabilità e continuità dei vertici strategici; la diffusa sfiducia generata dai numerosi cambiamenti richiesti nel tempo a cui spesso non</p>

	<p>sono seguite formali valutazioni di impatto; il mantenimento di modelli organizzativi molto orientati alla gerarchia; una diffusa consapevolezza tra gli infermieri clinici e con ruoli manageriali che la professione infermieristica può esprimersi maggiormente senza riuscire a trovare spazi formali per farlo.</p> <p>Sono solo alcuni fattori che hanno determinato:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) una bassa motivazione degli operatori; 2) climi organizzativi non facilitanti il lavoro di team; 3) una progressiva difficoltà a coinvolgere gli infermieri nei progetti di cambiamento; 4) una crescente incapacità dell'azienda di rispondere alle richieste di tirocinio degli studenti infermieri dell'Università; 5) le difficoltà dell'azienda di ritenere risorse; 6) un elevato turn over degli infermieri ed un'altrettanto elevata intenzione ad andarsene; 7) un crescente ricorso ad alcune specifiche disposizioni contrattuali che modificano il rapporto di lavoro con l'azienda (part time, ..); 8) una leadership infermieristica in difficoltà a rintracciare la strategia più pertinente per gestire questa complessità.
<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<p>È stata intrapresa una strategia di sistema adattando alla realtà locale il modello dell'“ospedale magnete” ormai noto e documentato dalla letteratura soprattutto statunitense (anche per i suoi effetti positivi sui pazienti). Il modello dell'ospedale magnete si basa su 14 forze che sono state trasformate e riviste in 5 forze, ovvero direttrici, che l'azienda sta perseguendo per migliorare gli ambienti di lavoro.</p> <p>Tale intervento riguarda:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) assicurare il supporto organizzativo ai professionisti infermieri della pratica clinica, attraverso lo sviluppo e il rafforzamento della leadership per garantire relazioni di fiducia, creare luoghi di lavoro <i>empowering</i>, guidare e sostenere il cambiamento, creare una cultura che supporti lo sviluppo e l'integrazione delle conoscenze, bilanciare i valori e le priorità; 2) rafforzare l'autonomia clinica degli infermieri ricercando ed implementando percorsi di assistenza e ricercando/misurando gli esiti assistenziali; 3) sostenere l'integrazione multi professionale facilitando la revisione dei percorsi assistenziali integrati, la condivisione dei piani integrati di attività, dei meccanismi operativi per la trasmissione delle informazioni cliniche, operative e gestionali e la diffusione dei progetti attivati; 4) migliorare la qualità del lavoro, rivedendo il processo di gestione dei farmaci/terapie, della documentazione clinica, il progetto di dimissione e di continuità delle cure, garantire la consulenza infermieristica, e adottare strumenti di integrazione sul piano clinico (protocolli, procedure); 5) attivare progetto di sviluppo professionale: attraverso la definizione e l'adozione di sistemi di valutazione del neo assunto, delle <i>job descriptions</i> per la carriera orizzontale e la valutazione delle performance dei professionisti. Lo sviluppo del progetto è quadriennale (inizio marzo 2007-2010) ed è in fase di implementazione attraverso diverse strategie (gruppi di lavoro, programmi di formazione, incontri collettivi/assembleari con infermieri, alleanza con i clinici ed alleanza clinica, integrazione nei processi assistenziali, integrazione con il corso di laurea in infermieristica).

<p>Risultati ottenuti</p>	<p>Non sono documentate esperienze che sviluppano soluzioni efficaci e documentate dalla letteratura per trasferirle in altri contesti. Per questo, considerata anche la valenza quadriennale del progetto, stiamo attivando un monitoraggio dei risultati di processo e di risultato.</p> <p>Ciascun coordinatore è impegnato nella descrizione della propria <i>job description</i>; attraverso gruppi di lavoro sta definendo la <i>mission</i> di ciascun reparto che deve essere condivisa dal team multi professionale entro dicembre 2007 attraverso un documento (verrà elaborato da tutte le 96 unità) che conterrà anche gli standard attesi; almeno il 50% delle riunioni gestite nelle unità, sono focalizzate sui problemi posti dal team infermieristico che partecipa anche alla elaborazione delle soluzioni.</p> <p>Sono stati intrapresi importanti programmi di formazione per la leadership mentre gli infermieri esperti sono stati coinvolti nel percorso di ricerca orientato ad individuare gli esiti sensibili all'assistenza infermieristica: la nuova documentazione si baserà su tali esiti al fine di rendere congruente ciò che gli infermieri ritengono di influenzare sul paziente e ciò che documentano. I neo assunti sono valutati con una modalità nuova e coerente alle competenze attese dall'azienda; è stato inoltre definito un sistema di valutazione delle performance quale strumento di valorizzazione individuale utile ai percorsi di carriera (CCNL).</p> <p>Per approfondire l'alleanza con i clinici e l'alleanza clinica, si stanno identificando e definendo i piani di lavoro integrati tra Medici ed infermieri orientati a razionalizzare i processi di lavoro che consumano più risorse di quelle che dovrebbero essere destinate a tale processo (es. numero di giri visite, orari).</p> <p>Tali piani prevedono momenti di integrazione formale sul piano clinico per condividere le informazioni essenziali sul paziente (meeting mattutini tra medici ed infermieri e che consentano la condivisione dei problemi clinici). Per assicurare la gestione dei problemi più complessi, si è attivata la consulenza infermieristica coinvolgendo gli infermieri che hanno seguito percorsi formativi specifici e che sono stati resi visibili all'interno dell'azienda.</p>
<p>Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)</p>	<p>I progetti attivati sono numerosi e ci stanno aiutando a mantenere elevata l'attenzione sulle priorità.</p> <p>Il Servizio Infermieristico lavora su questo progetto assieme alla leadership infermieristica dell'ospedale ed alla direzione generale.</p> <p>Questa modalità, oltre ai numerosi esiti di processo che produce, ci sta aiutando a rendere visibile la professione infermieristica all'interno dell'ospedale, a renderla partecipativa nei momenti strategici ed a renderla propositiva nei diversi momenti aziendali.</p> <p>Un beneficio importante riguarda l'inserimento di molte iniziative perseguite nel processo di budgeting: la direzione generale ha trasformato numerose iniziative in obiettivi da raggiungere sostenendo e dando forza, in questo modo, al progetto complessivo. L'iniziativa è di sistema e non riguarda solo la professione infermieristica: lavorare in termini di sistema ci sta aiutando ad avere una visione generale ed a perseguire una revisione complessiva delle logiche organizzative su cui si basa un ospedale.</p> <p>Lavorare solo con la professione e/o sulla professione infermieristica, infatti, non rappresenta una modalità vincente.</p>

Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>L'esperienza è al suo secondo anno.</p> <p>Numerosi colleghi, direttori di servizio infermieristico, coordinatori di singoli ospedali o strutture, studenti dei Corsi di laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche di diverse Università hanno chiesto di frequentare il Servizio delle professioni sanitarie per osservare lo sviluppo del progetto.</p> <p>Una reportistica interna è invece preparata alla fine di ogni anno per condividere lo stato di avanzamento con la nostra leadership interna. Non sono tuttavia ancora note formali esperienze operative di trasferimento perché il progetto rappresenta, a sua volta, la prima esperienza di trasferimento e adattamento di un processo che sistematicamente viene realizzato negli USA.</p>
---	---

Titolo dell'esperienza	L'infermiere di comunità: dal paradigma prestazionale al paradigma relazionale.
Regione	Friuli Venezia Giulia
Azienda	ASS n. 5 Bassa Friulana
Dipartimento/i	Servizio Infermieristico Aziendale
Città	Udine (Palmanova)
Indirizzo Struttura	Via Natisone 1, Ialmicco-Palmanova (Ud)
Telefono	0432.921.446
Fax	0432.921.500
Referente (Unico)	Mara Pellizzari
Email Referente (Unico)	pellizzari2@ass5.sanita.fvg.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Dirigente Responsabile del Servizio Infermieristico Aziendale
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Mara Pellizzari, Ranieri Zuttion, Daniela Anastasia, Marta Pordenon, Dina Pecini, Marisa Rodaro, Marilisa Cantarutti, Lucia Zanutta, Luciano Pletti, Mario Combatto.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Organizzativo
Altro (specificare)	Il progetto propone un nuovo approccio alle cure primarie spostando l'asse dalla prestazione fine a se stessa alla relazione come risorsa capace di tessere una rete rigenerante di beni affettivi, cognitivi, sociali, pratici, spirituali che garantiscono la presa in carico della persona, del <i>care giver</i> e della comunità, sia da parte dei servizi, che da parte della comunità stessa. Inoltre offre un nuovo paradigma di lettura del ruolo professionale dell'infermiere.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	Nella realtà, l'esperienza del progetto infermiere di comunità ha orientato la programmazione regionale all'adozione del modello, inserendolo nel documento di programmazione triennale socio-sanitaria 2006-2008 (Piano socio-sanitario regione FVG - sezione assistenza territoriale)
Problema	L'allungamento della vita, il notevole incremento delle patologie cronico-degenerative, l'aumento crescente della domanda sanitaria per bisogni di natura esistenziale a forte valenza psicologica, relazionale, sociale, pongono le condizioni per un ripensamento dell'attuale offerta assistenziale prevalentemente tecnico-prestazionale, pertanto riduttiva rispetto alle reali esigenze dei cittadini, a favore di un'offerta assistenziale a forte componente "relazionale" in cui è centrale il concetto di reciprocità inteso in senso sociologico, ovvero come una relazione che ha una dimensione valoriale, di scopo e non strumentale. L'idea è che il benessere debba essere espressione della collaborazione creativa e collaborativa della società/comunità assieme ai servizi istituzionali.
Soluzione (tipo d'intervento)	Il progetto infermiere di comunità si colloca nel più ampio panorama delle

	<p>politiche socio-sanitarie in continua evoluzione e si configura come parte di un programma di interventi tesi alla costruzione di un sistema di cure di comunità (<i>community care</i>).</p> <p>Il modello si propone di trovare nuove risposte assistenziali con un approccio di valorizzazione delle potenzialità e dell'autonomia del singolo, delle famiglie e della comunità, verso l'autocura (<i>empowerment</i>) e ad attivare nuove forme di integrazione tra il sociale e il sanitario e le risorse formali e informali presenti nella comunità esaltando i valori quali solidarietà, equità, mutuo aiuto e avvicinando le istituzioni alle reali esigenze dei cittadini.</p> <p>Concretamente consiste nell'attivazione di un servizio di assistenza infermieristica decentrato in ogni comunità (apertura di un ambulatorio infermieristico), che può rispondere a uno o più comuni aventi circa 3.500-4.000 abitanti, attraverso la disponibilità di un infermiere dedicato che è costantemente presente nella comunità e collaborante con tutti i professionisti presenti nella comunità stessa (MMG, assistente sociale, assistente domiciliare, etc...) e con tutte le risorse formali e informali presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni, gruppi amicali, vicinato, al fine di costruire la rete di welfare di comunità. L'infermiere pertanto opera a livello ambulatoriale per gli utenti che possono raggiungerlo, a livello domiciliare e a livello di comunità per la messa in rete delle risorse formali e informali ivi presenti. Il modello offre la possibilità di proporre un nuovo paradigma per l'infermieristica in cui l'infermiere non può limitare il suo campo d'attività solo ed esclusivamente all'erogazione della "care", ma può e deve diventare sempre di più attivatore di potenziali di care nella logica incrementale dell'<i>empowerment</i>, sviluppando quindi anche la valenza sociale dell'infermieristica e restituendo alle persone e ai cittadini la capacità di tutelare il proprio progetto di vita e di salute.</p> <p>Il modello tende a promuovere nuove prospettive e nuove competenze distintive dell'infermiere di comunità che funge, contestualmente alle sue funzioni previste dal profilo professionale, da <i>case manager</i>, facilitatore e attivatore di risorse e reti formali e informali, promotore dell'<i>empowerment</i> della presa in carico leggera e anticipata, promotore della continuità assistenziale e dell'integrazione socio-sanitaria, facilitatore del tutoring domiciliare.</p> <p>Il progetto è stato attivato nel 2001 e ad oggi, nell'ASS n. 5 Bassa Friulana, sono attive 19 sedi di infermiere di comunità (corrispondenti a 28 Comuni serviti) con una copertura dell'85% dell'intero bacino d'utenza aziendale.</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>Dati d'attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stima di copertura assistenziale over 64 con valori più elevati in regione; - incremento del lavoro di rete; - abbattimento dei tempi di percorrenza degli infermieri a favore di funzioni di nursing avanzato; - appropriatezza dell'uso delle risorse e del tempo assistenziale; - incremento significativo della funzione educativa sulla media regionale. <p>Dati sulla qualità percepita (somministrati 3.316 questionari, resi 1.939): il 93% del campione si ritiene soddisfatto del servizio infermiere di comunità. Queste le ragioni: minor disagio negli spostamenti, maggior reperibilità dell'infermiere, possibilità di un rapporto fiduciario con l'infermiere, maggiore accessibilità per la presenza dell'ambulatorio e migliore</p>

	<p>disponibilità di servizi quali counselling, interventi di educazione alla salute, informazioni e orientamento all'offerta dei servizi sanitari.</p> <p>Inoltre è stato creato un set di indicatori di processo e di risultato volti a misurare l'impatto del modello sugli esiti di salute della popolazione.</p>
Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)	<p>Ad oggi non è stato realizzato uno studio approfondito sui costi, ma da una prima considerazione approssimativa i costi unitari procapite al giorno sono inferiori ai servizi ADI classici internalizzati ed esternalizzati.</p>
Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)	<ul style="list-style-type: none">- Migliore accessibilità e orientamento ai servizi;- contrasto all'istituzionalizzazione delle persone fragili;- aumento della responsabilizzazione delle famiglie;- aumento dell'integrazione socio-sanitaria;- migliore soddisfazione e <i>compliance</i> del paziente e del <i>care giver</i>;- promozione di un sistema di community care;- avvio di una presa in carico leggera e anticipata.
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>In altre realtà aziendali della regione FVG stanno attivando il servizio infermiere di comunità.</p>

Titolo dell'esperienza	Infermieri, valori, spiritualità e pratica clinica: le dimensioni che contano.
Regione	Friuli Venezia Giulia
Azienda	Azienda ospedaliero universitaria di Udine
Dipartimento/i	Direzione Professioni Sanitarie
Città	Udine
Indirizzo Struttura	Piazzale della Misericordia 18
Telefono	0432.552.221
Referente (Unico)	Daniele Salmaso
Email Referente (Unico)	salmaso.daniele@aoud.sanita.fvg.it
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Progetto Condotta dal team della Direzione delle Professioni (D. Salmaso, M. Dell'Asino, M. Mesaglio, S. Noacco), Università degli Studi di Udine (M. Tomietto) e con la collaborazione di Stefano Benini (Azienda Sanitaria Locale di Bologna).
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Formativo
Altro (specificare)	<p>L'accertamento infermieristico rappresenta la tappa principale del metodo clinico che supporta nella comprensione dei problemi della persona su cui gli infermieri possono offrire il loro contributo. Quando viene svolto nella sua globalità, l'accertamento permette di comprendere le diverse problematiche e trattarle; diversamente, quando viene realizzato parzialmente o solo su alcuni problemi, non è possibile assicurare la presa in carico completa della persona assistita.</p> <p>L'accertamento può contare, oggi, su numerose scale di valutazione validate, specifiche per ciascun problema reale o potenziale, di cui si dispongono di evidenze di sensibilità e specificità e che gli infermieri utilizzano diffusamente nella pratica.</p> <p>Tuttavia, da tempo, l'infermieristica, nel riflettere sul suo specifico contributo in qualità di disciplina che diagnostica e gestisce le reazioni del paziente alla malattia, non si è ancora del tutto dotata, almeno nel contesto italiano, di una strategia di accertamento di ciò che significa per il paziente, in termini di valori e spiritualità, l'esperienza di malattia e le conseguenze che tale malattia determina nella vita quotidiana di singolo e di componente di un gruppo familiare e sociale.</p>
Problema	<p>In ambito infermieristico, in questi ultimi decenni, nello sforzo di classificare i problemi della persona, si è fatta pregnante la necessità di valutare le dimensioni del continuum salute-malattia.</p> <p>I diversi approcci sperimentati si sono sviluppati solitamente sul piano biologico: solo in maniera marginale vi è stato uno sforzo di osservare quanto ciò che si rileva, sul piano biologico, "ha valore" per la persona. In una persona con stomia, ad esempio, sono di norma rilevati aspetti tecnici, dallo stato della cute, alle capacità del paziente di auto-gestirsi, ma poca attenzione è prestata a come la persona si sente in qualità di portatore di una stomia, quali sono le sue "sofferenze interiori", come la sua vita cambierà in funzione di questo problema.</p> <p>Per questo, da tempo si sta riflettendo su quanto la dimensione valoriale sia poco presidiata; quando viene rilevata, spesso si pone come dimensione correlata al credo religioso.</p>

	<p>Riflettere sulla rilevanza e il “peso” che gli infermieri attribuiscono alle diverse dimensioni valoriali e con quali strumenti rilevarli è stata la finalità di questo lavoro.</p> <p>L’obiettivo è stato quello di definire possibili percorsi utili a strutturare modalità di rilevazione riguardo ciò che sta “al di là” della dimensione biologica e che, probabilmente, per la persona conta di più della dimensione biologica stessa.</p>
<p>Soluzione (tipo d’intervento)</p>	<p>È stato intrapreso un lavoro di ricerca sul campo coinvolgendo infermieri esperti ed utilizzando uno strumento di rilevazione semi-strutturato, composto da domande aperte e domande chiuse a risposta multipla. Per ciascun problema (sonno e riposo, movimento, integrità dei tessuti, alimentazione, eliminazione, problemi respiratori, problemi cognitivi, cure di sé, sicurezza, dolore, comunicazione, immagine corporea, gestione dello stress, l’autonomia decisionale, capacità relazionale, il senso religioso e spirituale) è stato indagato:</p> <p>a) quanto ciascuna dimensione stessa “conti” per l’infermiere (scala da 1 a 10);</p> <p>b) quali strumenti sono/potrebbero essere utilizzati per rilevare-leggere i valori della persona e con quali quesiti.</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>Gli infermieri riconoscono la rilevanza della dimensione valoriale e spirituale ma a differenti livelli e con un accordo non sempre elevato. Riconoscono che la valutazione multidimensionale del paziente può e deve essere arricchita dalla rilevazione della percezione che la persona ha dei propri problemi e di quanto questi sono gravosi. Questo ambito è percepito come più “soft” da parte degli infermieri, professionisti ancora fortemente legati agli aspetti correlati alla cura del corpo e dei suoi problemi. Del resto, gli incalzanti ritmi lavorativi nelle corsie e le organizzazioni del lavoro, con modelli poco adeguati alla presa in carico, non aiutano a sviluppare queste attenzioni.</p> <p>Sostenere gli infermieri nell’accertamento della dimensione valoriale attraverso un set di quesiti che loro stessi hanno individuato, formulati con l’intervista che costituisce la strategia più pertinente da loro individuata, consente un accertamento più completo.</p> <p>Il set di quesiti emersi, potrebbe essere utilizzato dai professionisti per definire griglie di rilevazioni utili a rilevare la sfera valoriale della persona. La sperimentazione sul campo sarà utile successivamente per affinare e meglio definire questi strumenti valutativi in ambiti ancora poco presidiati.</p>

Titolo dell'esperienza	Tra potenziale, minimi assistenziali e patto con il paziente: un nuovo modo di procedere nella definizione delle risorse umane necessarie anche per affrontare le sfide future.
Regione	Friuli Venezia Giulia
Azienda	Azienda Ospedaliero Universitaria Udine
Dipartimento/i	Direzione Professioni Sanitarie
Città	Udine
Indirizzo Struttura	Piazzale della Misericordia 1
Telefono	0432.552.220
Referente (Unico)	Daniele Salmaso
Email Referente (Unico)	salmaso.daniele@aoud.sanita.fvg.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Direttore infermieristico
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	G. Borghi, M. Del Forno, I. Guardini, G. Mini, D. Sbaiz, R. Vesca, A. Palese.
Progetto/Buona pratica A prevalente impatto	Clinico Organizzativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	<p>Da sempre il calcolo e la definizione del fabbisogno di infermieri rappresenta una sfida professionale e delle direzioni generali, un momento di potenziale conflittualità all'interno delle direzioni, ma anche tra il servizio infermieristico e la leadership di un ospedale; rappresenta, soprattutto, una difficile negoziazione sui livelli di assistenza infermieristica che un'azienda intende offrire ai pazienti, un momento cruciale che implica dimensioni professionali, tecniche, e metodologiche, ma che coinvolge anche la visione su ciò che l'infermieristica potrebbe essere se disponesse di risorse appropriate.</p> <p>Ci sono diversi modi che possono essere intrapresi per ragionare sul personale infermieristico: il "qui ed ora", sommando, modalità peraltro frequente, per definire quanti infermieri devono essere attribuiti a ciascuna unità operativa, oppure trasformando un ospedale in un insieme di prestazioni da erogare e valutando quanto tempo assistenziale è richiesto per ciascuna di esse.</p> <p>Anche questa visione, insieme a molte altre documentate, non aiuta molto nel quotidiano e riduce la possibilità di agire le complesse dimensioni dell'assistenza.</p> <p>Inoltre queste modalità non proiettano il fabbisogno e non riescono a focalizzare l'attenzione sull'assistenza potenziale che la forza lavoro infermieristica riesce effettivamente ad offrire.</p> <p>L'azienda ospedaliero universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine si è trovata negli ultimi anni a ragionare sul personale infermieristico in modo analitico, nel tentativo di definire le risorse di cui ha bisogno. Ogni ragionamento, offriva, tuttavia, una situazione molto variegata di infermieri, ciascuno dei quali in grado, pur impegnati per 36 o meno ore in base ad alcuni istituti contrattuali, di offrire una diversa quantità di assistenza (per quantità e qualità).</p> <p>Per questo abbiamo intrapreso, insieme alla direzione generale, un progetto che implica la definizione del potenziale assistenziale che gli operatori dipendenti della nostra azienda sono in grado di offrire.</p>

<p>Problema</p>	<p>I dati di benchmarking spesso dimostrano che alcuni ospedali sovrapponibili per complessità, sono simili per quantità di infermieri che dispongono; altre volte, invece, differiscono notevolmente.</p> <p>Pur in presenza di un numero di infermieri e di operatori di supporto apparentemente sufficiente (in full time equivalente), l'effettiva presenza del personale è ridotta a causa di numerosi fattori che sono e saranno, in futuro, di crescente impatto anche per il progressivo invecchiamento della professione infermieristica: in molti reparti emerge un'elevata sofferenza di personale per assenze lunghe non sostituite (gravidanze, aspettative, ex art 15), per un mix di part time difficile da gestire, per la necessità di lasciare agli infermieri la possibilità di formarsi attraverso percorsi ECM, oppure perché il personale ha una abilità condizionata al lavoro.</p> <p>In alcune unità si verificano situazioni paradossali: la quantità di infermieri è quella ottimale se non addirittura superiore di quanto si può osservare in reparti simili nello stesso o in altri ospedali ma la possibilità di tale personale di erogare assistenza (quello che di seguito chiameremo potenziale) è molto contenuta.</p> <p>L'azienda ospedaliera, in particolare, rispetto alle 1.363 unità di cui dispone, ha un potenziale stimato di 1.160 full time equivalenti; la strategia di calcolo ci ha aiutato a capire che vi è una carenza del 15% di risorse infermieristiche a cui si deve sommare una quota pari a circa il 20 % con idoneità condizionata e che, pertanto, non può offrire la quantità di cure previste dall'azienda e di cui i pazienti avrebbero bisogno.</p>
<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<p>La possibilità di utilizzare algoritmi in grado di valutare la reale capacità assistenziale della forza lavoro nell'azienda è una questione di crescente interesse.</p> <p>Per questo abbiamo intrapreso il progetto di definizione del "potenziale", ovvero: quanta assistenza infermieristica di supporto può essere offerta da uno specifico team assistenziale considerando le diverse situazioni in esso presenti (personale per profilo – novizio vs esperto - full time equivalente, part time, attività proprie svolte, inidoneità, presenza di particolari istituti come Legge 104, fruizione di 150 ore, orario ridotto per allattamento, congedi parentali) al fine di analizzare se ciò è congruente con la richiesta assistenziale emergente nel reparto.</p> <p>Il progetto ha previsto l'analisi dei piani di lavoro, la revisione delle attività improprie e l'affidamento delle stesse ad altri profili, la rivisitazione del mix assistenziale.</p> <p>Ciascun team, pertanto è stato valutato per quello che può effettivamente offrire ai pazienti sulla base delle diverse professionalità, profili orari, condizioni di salute in cui si trova. Ciò che effettivamente può offrire il team è orientato alla cura del paziente.</p> <p>Tale analisi ha permesso di valutare l'esigenza di personale integrativo, di rivedere gli skill, ma anche di costruire linee guida per orientare le decisioni qualora il potenziale stimato sia ulteriormente messo in difficoltà nel caso, ad esempio, di assenze improvvise.</p> <p>Tali linee guida, particolarmente utili nel momento in cui gli infermieri clinici si trovano a gestire situazioni critiche, ridefiniscono il patto con il paziente e gli standard assistenziali indicando le attività <i>non core</i> che, a personale ridotto, si possono rinunciare e per quanto tempo. Questo aiuta gli infermieri ad evitare situazioni di cronica compensazione.</p>

	<p>Gli interventi realizzati hanno infatti riguardato la definizione all'interno di ogni struttura di degenza tutte le attività che vanno garantite dagli infermieri e dagli operatori di supporto sulle 24 ore, con indicazione di priorità nel caso in cui il potenziale di offerta sia compromesso (alterato rapporto infermieri/pazienti); la condivisione a livello aziendale di tali scelte al fine di chiarire le potenzialità e indicare le possibili scelte e la dichiarazione esplicita delle attività non sostenibili quando il potenziale è compromesso.</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>Il progetto si è concluso nel mese di dicembre.</p> <p>La valutazione del potenziale ha permesso sino ad ora di evidenziare che rispetto al complesso delle risorse infermieristiche e di supporto di cui dispone l'azienda, è possibile un'offerta assistenziale del 75% con probabile peggioramento per il futuro, considerato il progressivo invecchiamento della popolazione.</p> <p>La definizione del potenziale ha permesso di riflettere sulla appropriatezza e di comprendere la quota di offerta di assistenza infermieristica potenziale in ciascuna unità operativa.</p> <p>Inoltre, ha permesso di introdurre il concetto di sostenibilità dell'assistenza che può essere offerta nelle situazioni in cui il potenziale stimato sia compromesso; permette di aiutare gli infermieri clinici ed i coordinatori nella revisione delle priorità e nelle scelte delle attività non necessarie. In questo modo, sono divenute chiare le attività irrinunciabili che l'ospedale intende sempre garantire sotto il profilo assistenziale.</p>
<p>Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)</p>	<p>La sicurezza dei pazienti è una priorità per gli infermieri; i dati di letteratura ci stanno aiutando da tempo a comprendere che nelle situazioni in cui l'assistenza infermieristica è compromessa quantitativamente, molti sono gli effetti negativi che possono essere osservati sui pazienti.</p> <p>Tuttavia, il ragionamento che di norma all'interno delle aziende si compie è sulla forza lavoro e non su ciò che effettivamente questa può offrire.</p> <p>La complessità gestionale delle risorse umane, oggi, impone una riflessione su quale è il potenziale di assistenza che un gruppo può offrire per aiutare lo stesso gruppo, a capire quali sono le attività cui gli infermieri possono rinunciare qualora tale potenziale sia compromesso.</p> <p>In alternativa, la tendenza degli infermieri è quella della compensazione o di un'oggettiva difficoltà, anche per le implicazioni relazionali con il paziente, a rinunciare ad alcuni livelli assistenziali. Ragionare insieme, invece, sulla sostenibilità, ci aiuta ad assumere decisioni professionalmente ed eticamente accettabili.</p>
<p>Esperienze di trasferimento/Diffusione</p>	<p>L'esperienza si sta concludendo. Sarebbe interessante confrontare la potenzialità di team assistenziali appartenenti ad altri ospedali.</p>

Titolo dell'esperienza	Progetti di miglioramento in area medica.
Regione	Veneto
Azienda	Azienda Ospedaliera di Verona
Unità operativa/e	Medicina interna B
Città	Verona
Indirizzo Struttura	P.le Scuro
Telefono	045.81.24.415
Referente (Unico)	Sara Segà
Email Referente (Unico)	sarasega@libero.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiera, e portavoce dei valori, progetti ed innovazioni attuati ed in evoluzione nel reparto.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo Formativo
Altro (specificare)	Progetto di accreditamento e certificazione in continua revisione. Riorganizzazione dell'erogazione dell'assistenza infermieristica per gruppi di pazienti (progettazione ed attuazione). Utilizzo foglio terapia informatizzato per la prescrizione e la somministrazione farmacologica (progettazione formazione e attuazione). Revisione strumenti operativi (progettazione).
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	Certificazione aziendale. Reparto pilota nell'utilizzo del foglio terapia informatizzato che si inserisce in un progetto e nella normativa aziendale sulla riduzione del rischio clinico. Progetto di area medica che riguarda la cartella infermieristica e altri strumenti di lavoro inserito in un progetto di formazione sul campo del personale.
Problema	Medicina Interna B è una realtà ad alta complessità assistenziale (medicina di base, 46 posti letto, pazienti ad elevata età media con multipatologie, che comprende una sezione specialistica in Reumatologia). Inoltre, è una realtà multidisciplinare con un organico medico specialistico in medicina interna e reumatologia, con specializzandi, tirocinanti medici, infermieri, studenti infermieri fisioterapisti e ostetriche, operatori e allievi operatori socio sanitari.
Soluzione (tipo d'intervento)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accreditamento e certificazione processo continuo, e in continua revisione, che interessa in modo trasversale vari ambiti (ruoli infermieristici e medici, protocolli e procedure operative e assistenziali). 2. Riorganizzazione assistenziale per gruppi di pazienti: progetto multidisciplinare che prevedeva una prima fase di informazione e formazione del personale con coinvolgimento attivo nel progetto, valutazione richiesta e approvvigionamento delle risorse. 3. Attuazione nel 2006 con continua valutazione ed eventuale riorganizzazione dettata dalle proposte del personale assistenziale. 4. Utilizzo foglio terapia informatizzato per la prescrizione e la somministrazione farmacologica; obiettivi principali: ridurre al minimo rischi d'errore farmacologico (corretta prescrizione, identificazione del

	<p>farmaco e dell'utente attraverso il lettore laser), abbattere la spesa farmacologica (armadio di stoccaggio informatizzato).</p> <p>È un progetto che coinvolge medici, infermieri e farmacisti con loro formazione specifica.</p> <p>Applicato successivamente nel 2008, affiancati da un tutor fisicamente presente in reparto e poi da un numero verde sempre attivo per la risoluzione immediata dei problemi informatici.</p>
Risultati ottenuti	<ul style="list-style-type: none">∞ Procedure assistenziali e burocratiche certificate.∞ Erogazione dell'assistenza infermieristica personalizzata con aumento dell'autonomia e responsabilità professionale.∞ Integrazione di ruoli e spazi delle varie figure operanti nella realtà di medicina interna.∞ Aumento della qualità assistenziale percepita dall'utenza.∞ Diminuzione del rischio di errore farmacologico.∞ Aumento del bisogno di crescita e formazione del personale infermieristico.
Eventuali note	<p>Ampi sono ancora i campi su cui lavorare progettare ed attuare innovazioni; ne è esempio il progetto di area medica che riguarda la cartella infermieristica e altri strumenti cartacei di lavoro inserito in un progetto di formazione sul campo del personale.</p> <p>Difficile sintetizzare in poche righe le spinte, i valori e i sentimenti (a volte anche contrastanti) che muovono la volontà di cambiamento e la ricerca di continue soluzioni e spazi di miglioramento.</p>

Titolo dell'esperienza	Mappa della longevità nella provincia di Vibo Valentia. Assessment dello stato di salute e stile di vita degli ultracentenari.
Regione	Calabria
Azienda	Azienda sanitaria provinciale di Vibo Valentia
Dipartimento/i	P.O. Soriano Calabro
Unità operativa/e	Day hospital geriatrico
Città	Vibo Valentia
Indirizzo Struttura	Via Prof. Caglioti
Telefono	096.33.57.720
Fax	096.33.57.773
Referente (Unico)	Serafina Fiorillo
Email Referente (Unico)	Fiorillos@gmail.com
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiere professionale coordinatrice f.f.
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	S. Fiorillo, A. Reitano, V. Fabrizio.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico
Altro (specificare)	Il lavoro nasce con la finalità di valutare lo stato di salute e lo stile di vita degli anziani ultracentenari.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	Il lavoro nasce su iniziativa del personale infermieristico.
Problema	<p>Non tutti invecchiano nello stesso modo. C'è chi muore già fragile a settanta anni e chi giunge a 100 anni in buona salute. Questo è ciò che è emerso dallo studio condotto sugli anziani ultracentenari della provincia di Vibo Valentia.</p> <p>Lo studio vuole dimostrare quanto uno stile di vita corretto, un'alimentazione mediterranea, condizioni socio-economiche e familiari ottimali, garantiscano una migliore qualità della vita alla popolazione che invecchia.</p>
Soluzione (tipo d'intervento)	<p>Lo studio è stato condotto a domicilio dagli operatori sanitari del DH Geriatrico (IP, AS) che hanno previsto diversi livelli d'azione con interventi diversificati, flessibili. Attraverso la partecipazione di una pluralità di soggetti è stata valutata la distribuzione della longevità nel territorio vibonese, lo stato di salute e lo stile di vita nella popolazione ultracentenaria.</p> <p>Per lo studio della popolazione ultracentenaria sono stati utilizzati i dati ISTAT aggiornati al 01/01/2006, suddivisi per i 50 comuni che compongono la provincia di VV, e gli elenchi anagrafici forniti dai responsabili degli uffici anagrafe.</p> <p>Visto che il territorio aziendale è suddiviso in tre distretti, per ogni distretto</p>

	<p>abbiamo rilevato i seguenti dati: % della popolazione ultra65enne, centenari/10.000 abitanti.</p> <p>Per ridurre l'influenza sulla percentuale di longevi di fenomeni, come il calo della natalità ed il saldo migratorio, abbiamo utilizzato due indicatori, l'indice di longevità (rapporto tra gli ultranovantenni e ultrasessantacinquenni) e quello della centenarietà (rapporto tra centenari e ultranovantenni), ed il rapporto tra centenari di sesso femminile e maschile.</p> <p>A questa prima banca dati, segue una fase successiva caratterizzata da un censimento attraverso un'indagine <i>field</i> (porta a porta).</p> <p>Per portare avanti l'iniziativa è stata effettuata inoltre, una presa in carico dell'utente ultracentenario basata sulla valutazione multidimensionale che teneva conto delle seguenti dimensioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ∞ situazione familiare (solitudine, mancanza di rete familiare, amicale, etc...); ∞ capacità funzionali globali (IADL, ADL, MMSE quando somministrabile); ∞ rischio di lesioni da decubito (scala di Braden); ∞ stato nutrizionale (MNA) e rischio di cadute (indice di Conley).
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>La popolazione ultracentenaria presente nella provincia di VV, a ottobre 2007, è di 31 persone (24 donne e 7 uomini).</p> <p>La suddivisione della popolazione per distretti mette in evidenza percentuali più elevate di centenari nei comuni collinari rispetto a quelli montani e marini.</p> <p>Nello studio è emerso che in alcuni comuni con meno di 3.000 abitanti troviamo percentuali elevate di ultrasessantacinquenni e di centenari.</p> <p>Il traguardo del secolo di vita con il più alto numero di longevi viene raggiunto dal comune di San Nicola da Crissa (1200 abitanti) dove gli ultracentenari (6) sono in maggioranza di sesso femminile. Altro dato significativo che si registra è che nel paesino il 3% della popolazione supera i novant'anni. Sempre nello stesso comune risiedono le persone più anziane della provincia (una donna di 106 anni e l'uomo più anziano di 102).</p> <p>Il Distretto di Vibo Valentia è quello con il più alto numero di ultra65enni (14.537: maschi 6.242 e femmine 8.295) e con il minor numero di centenari/10.000 abitanti; mentre il Distretto di Serra San Bruno è quello con il minor numero di ultrasessantacinquenni (7.196: maschi 3.094 e femmine 4.102) e il maggior numero di centenari (16).</p> <p>L'indice di longevità è più alto nei paesi collinari assume valori intermedi nei paesini marini e montani. L'indice di centenarietà, invece, è più alto nel distretto di Serra San Bruno rispetto agli altri distretti.</p> <p>È importante sottolineare che il 59,8 % dei centenari vive in famiglia, generalmente con un figlio, il 12,4 % con dei nipoti, il 21,7% viene gestito da badanti stranieri, il 3,0 % dalla rete amicale e solo 3,1% è istituzionalizzato.</p> <p>Per quanto riguarda la comorbilità: il 24,8 % sindrome da immobilizzazione, incontinenza urinaria occasionale il 27,9 %, deficit visivo il 9,3 %, frattura di femore il 12,4 %, malattie cardiovascolari il 15,5 %, deficit cognitivo lieve il 5,1%, demenza grave il 3,1%, BPCO 1,9%.</p>

	<p>Alcune caratteristiche della popolazione ultracentenaria sono riportate nella tabella sottostante. CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE MEDIA±</p> <table border="1" data-bbox="491 300 1436 434"> <tr> <td data-bbox="491 300 683 434">DS ETÀ 101,35 ± 0.98</td> <td data-bbox="683 300 874 434">MMSE 23.5 ± 2.9</td> <td data-bbox="874 300 1066 434">ADL (funzioni perse) 2.6 ± 0.3</td> <td data-bbox="1066 300 1257 434">IADL (funzioni perse) 3.7 ± 0.2</td> <td data-bbox="1257 300 1436 434">S. DI BRADEN 13.5 ± 0.2.</td> </tr> </table> <p>I centenari sono risultati in condizioni nutrizionali soddisfacenti (MNA ≥ 24) ma con un alto rischio di caduta (Indice di Conley ≥ 2). I dati emersi sono stati elaborati ed analizzati statisticamente (formato xls, mdb).</p>	DS ETÀ 101,35 ± 0.98	MMSE 23.5 ± 2.9	ADL (funzioni perse) 2.6 ± 0.3	IADL (funzioni perse) 3.7 ± 0.2	S. DI BRADEN 13.5 ± 0.2.
DS ETÀ 101,35 ± 0.98	MMSE 23.5 ± 2.9	ADL (funzioni perse) 2.6 ± 0.3	IADL (funzioni perse) 3.7 ± 0.2	S. DI BRADEN 13.5 ± 0.2.		
<p>Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)</p>	<p>Per questo studio non è stato previsto nessun costo, in quanto effettuato fuori dall'orario di lavoro, e a titolo gratuito.</p>					
<p>Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)</p>	<p>Ad una valutazione complessiva, i risultati ottenuti non si discostano molto dalle nostre aspettative. Dallo studio emerge che i centenari hanno vissuto una vita sana, attiva, ricca di affetti ed effettuato un'alimentazione mediterranea senza l'assunzione di alcun farmaco fin oltre a 90 anni; una volta superati i 100 anni, solo il 50% ha conservato buona salute e moderata autosufficienza.</p> <p>Probabilmente il segreto della longevità, oltre al buon patrimonio genetico, è da attribuire ad un'alimentazione mediterranea, uno stile di vita corretto ed alle condizioni socio-economiche e familiari ottimali.</p>					

Titolo dell'esperienza	Ondate di calore e gli anziani. Progetto di sorveglianza e supporto agli anziani fragili. Sole sì soli no.
Regione	Calabria
Azienda	Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Vibo Valentia
Dipartimento/i	UO Complessa di Geriatria
Unità operativa/e	Day Hospital geriatrico
Città	Vibo Valentia (Soriano Calabro)
Indirizzo Struttura	Via prof. Caglioti
Telefono	096.33.57.720
Fax	096.33.57.773
Referente (Unico)	Serafina Fiorillo
Email Referente (Unico)	Fiorillos@gmail.com
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiere professionale coordinatrice F.F.
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Serafina Fiorillo, Vincenzo Fabrizio, Domenico Ferrari, Giuseppe Battaglia
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo
Altro (specificare)	È un progetto realizzato sia per fornire interventi di prevenzione, quindi fornire modalità omogenee per l'attuazione della prevenzione primaria e secondaria, sia per garantire interventi di sorveglianza e supporto e assistenza agli anziani fragili a domicilio nel periodo estivo.
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	L'idea progettuale nasce nel 2006 su iniziativa del personale infermieristico del DH geriatrico del PO di Soriano Calabro che, in linea con le raccomandazioni del Ministero della Salute, hanno elaborato un piano di emergenza anti-caldo. Negli anni successivi (2007/08) viste le disposizioni prot. 13438 del 27/05/07 e n. 9709 del 03/06/08 della Regione Calabria sulle eccezionali ondate di calore, abbiamo ritenuto opportuno ripresentare la II e III edizione dell'esperienza.
Problema	Visto che l'aumento della temperatura estiva, elevata e protratta per lungo tempo, è stata causa della mortalità in eccesso degli anziani nell'anno 2003, e che ad essere maggiormente colpiti sono stati gli anziani fragili, gli operatori sanitari del DH geriatrico hanno così elaborato per gli anni 2006, 2007 e 2008 il progetto "Ondate di calore e gli anziani". Sappiamo infatti che da diversi anni l'arrivo della stagione estiva richiama l'importanza di prevenire le conseguenze di eventuali ondate di calore. In condizioni particolari il clima estivo infatti, può diventare eccessivamente caldo e mettere in pericolo la salute. Il fenomeno, noto con il nome di "ondata di calore", si verifica quando si registrano livelli di umidità elevata, e le alte temperature permangono durante le ore notturne e per un periodo superiore alle 48 ore. Le esperienze maturate nei diversi paesi hanno dimostrato che i migliori risultati possono essere ottenuti considerando il fenomeno delle ondate di calore come una "nuova emergenza" da gestire attraverso un sistema integrato di iniziative fra servizi sanitari, sociali, protezione civile e forze di volontariato.

	<p>Da ciò nasce l'idea per la realizzazione della campagna d'informazione "Sole sì – soli no" e del progetto di sorveglianza e supporto agli anziani fragili a loro domicilio con la finalità di effettuare interventi di prevenzione, sorveglianza ed assistenza agli anziani fragili.</p>
<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<p>La fase preliminare del progetto ha previsto l'analisi territoriale dell'invecchiamento della popolazione nella provincia di Vibo Valentia e la mappatura delle risorse formali e non, con la creazione di un'integrazione tra gli stessi.</p> <p>In linea con le raccomandazioni del Ministero della Salute e con la collaborazione dell'ufficio comunicazione dell'ASP sono stati realizzati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - manifesti, locandine, volantini, contenenti consigli utili per difendersi dal caldo; - opuscoli "prevenzione malattie da calore"; - uno spot pubblicitario della durata di 60' promosso in due TV locali; - due eventi educativi; - attivazione di un call center (operativo tutti i giorni escluso la domenica). <p>Con la collaborazione dei medici di famiglia, farmacie, comuni, parrocchie, associazioni di volontariato e servizi sociali, è stata condotta la campagna d'informazione dallo slogan "sole sì, soli no" con la diffusione del materiale informativo. Abbiamo altresì provveduto alla pubblicazione del progetto sul sito internet dell'azienda con possibilità di scaricare il materiale informativo ed educativo e quant'altro necessario per l'individuazione dell'anziano fragile. Le fasi successive del progetto hanno previsto: la realizzazione di una potenziale anagrafe dell'anziano fragile; la verifica dalle condizioni di salute degli assistiti istituzionalizzati; la mappatura dei luoghi climatizzati accessibili al pubblico presenti sul territorio promozione, facilitazione e attivazione delle reti di supporto e di aiuto a favore degli anziani.</p> <p>L'assistenza all'anziano fragile è stata garantita mediante l'attivazione di un'equipe operativa domiciliare costituita da geriatra, infermiere e assistente sociale che contattava l'anziano selezionato e verificava l'effettiva condizione di rischio e forniva interventi di supporto con l'integrazione funzionale con i servizi formali ed informali.</p> <p>Per quanto riguarda la sorveglianza attiva nelle strutture presenti sul territorio, è stata attivata da luglio a settembre 2007/08. Ogni utente istituzionalizzato è stato sottoposto a valutazione multidimensionale, sono stati raccolti i dati sulle principali patologie croniche di cui erano affetti e sul numero di farmaci assunti quotidianamente. La valutazione inoltre prevedeva una stima del carico assistenziale, ovvero veniva presa in considerazione la mobilità, lo stato funzionale ed eventuali disturbi cognitivi e comportamentali.</p> <p>Abbiamo così realizzato un indicatore sul carico assistenziale (3-4 lieve, 5-6 medio, 7-8 impegnativo, 9 molto impegnativo). Sono stati inoltre calcolati il tasso di decesso ed ospedalizzazione.</p>
<p>Risultati ottenuti</p>	<p>La campagna d'informazione dal tema "Sole sì - soli no" realizzata nei mesi di luglio e agosto, dal 2006 al 2008, ha interessato tutta la popolazione anziana ultra65enne residente sul territorio aziendale (circa 31.000 persone).</p> <p>Sono stati coinvolti nell'iniziativa: 166 medici di famiglia, le 12 case di riposo/famiglia presenti sul territorio, i 50 sindaci della provincia, 40</p>

	<p>parrocchie, 3 istituti religiosi/oratori, 8 centri diurni per anziani, 70 farmacie, 7 poliambulatori, 39 guardie mediche, 4 associazioni di volontariato, i distretti, la casa protetta e l’RSA per anziani.</p> <p>Abbiamo realizzato una potenziale anagrafe degli anziani fragili ultrasettantacinquenni costituita da 265 utenti fragili.</p> <p>La patologia che più frequentemente ha richiesto l’intervento dell’equipe è stata per il 54% costituita da malattie cardiovascolari, il 12% da disturbi metabolici/ormonali, l’11% da malattie respiratorie, il 10% da disturbi neurologici (malattie degenerative), il 5% da patologie che riguardano l’apparato digerente, il 2% da patologie neoplastiche ed ematologiche, 4% da disturbi dell’equilibrio elettrolitico (disidratazione, ipovolemia). Le strutture sorvegliate negli anni 2007/08 sono state 12.</p> <p>Gli anziani fragili istituzionalizzati erano 227 (177 donne, 50 uomini). Il 96 % degli anziani era ultraottantenne. Il 98 % degli ospiti era presente nelle strutture da diversi anni. Nel 3 % degli ospiti il carico assistenziale è risultato lieve, nel 7 % medio, nel 30 % impegnativo e nel 60 % molto impegnativo.</p> <p>Per quanto riguarda la comorbilità degli ospiti, è stata la seguente: il 25 % presentava demenza, il 54% malattie cardiovascolari, il 12 % malattie endo/metaboliche, il 4 % malattie respiratorie, e il 5 % disturbi idro-elettrolitici.</p> <p>Durante l’estate 2007/08 il sistema di sorveglianza per le ondate di calore ha registrato diversi giorni di allarme/emergenza. Durante questo periodo è stata prevista la sorveglianza attiva e la verifica delle effettive condizioni di rischio da parte degli operatori sanitari (IP ed AS) che garantivano accessi domiciliari nelle strutture e/o altri interventi che si sono resi necessari. Inoltre, venivano garantiti posti di sollievo presso RSA dell’ASP e/o l’individuazione di corsie preferenziali nel DH geriatrico per le ospedalizzazioni che non presentavano carattere d’emergenza.</p> <p>Nei tre mesi di sorveglianza attiva si sono osservati rari casi di eventi avversi (non è stato segnalato nessun decesso in struttura dovuto alle ondate di calore). Il gruppo di ospiti compresi fra i 75 e gli 85 anni, portatori di patologie croniche, hanno presentato eventi acuti e sostanzialmente hanno determinato il maggiore carico assistenziale. Tali pazienti erano i più disidratati, con piaghe da decubito e maggiori problemi di decadimento cognitivo. È interessante evidenziare che il 90,92% dei soggetti è stato sorvegliato all’interno delle strutture evitando eventi avversi e che il 9,08 % ha necessitato di ricovero in ambiente ospedaliero (DH geriatrico) e non vi è stata la necessità di ricovero in RSA.</p>
<p>Costi (compresi costi umani, sociali ed economici)</p>	<p>L’attuazione del progetto ha previsto un impegno di spesa annuale di Euro 3.000 per il personale di comparto; la spesa per la realizzazione della campagna d’informazione ha previsto una spesa di Euro 1.400.</p>
<p>Benefici (compresi benefici in termini di sicurezza)</p>	<p>Il gradimento del servizio da parte degli anziani è stato superiore alle aspettative.</p> <p>Dallo studio emerge come l’intervento educativo ed informativo abbia dato i maggiori benefici per evitare gli eventi avversi ad ondate di calore. Siamo fermamente convinti come l’informazione continua adattata ad ogni persona, a concrete situazioni di rischio, offerta al momento più opportuno</p>

	<p>ed associata ad un'adeguata sorveglianza, sia in grado di impedire, alla maggior parte delle persone vulnerabili, di subire danni dovuti alle ondate di calore. Bisogna quindi educare, per favorire la cultura della prevenzione e per indurre opportuni cambiamenti nei comportamenti.</p> <p>Nella sorveglianza degli anziani a domicilio è emersa la presenza di una discreta rete di buon vicinato nelle zone storiche del paese, una forte presenza delle istituzioni religiose e della presenza di badanti che forniscono assistenza diretta ad anziani che vivono soli.</p> <p>Da un punto di vista sociale abbiamo osservato che molti degli utenti appartenenti alla fascia di età 76-85 anni vivono a domicilio con il coniuge anziano e spesso il supporto di un'adeguata rete assistenziale familiare e/o amicale, presente per tutto l'anno solare, viene a mancare nel periodo estivo. Siamo altresì convinti che una più fattiva collaborazione da parte del territorio avrebbe permesso un più proficuo monitoraggio degli anziani fragili.</p>
--	---

Titolo dell'esperienza	Complessità assistenziale in una LAI (Lungodegenza Assistenza Intensiva) dei pazienti con grave cerebrolesione acquisita.
Regione	Lazio
Azienda	Casa di cura Villa Immacolata (Vt)
Unità operativa/e	Unità LAI (Lungodegenza Assistenza Intensiva)
Città	Viterbo (San Martino al Cimino)
Indirizzo Struttura	Strada Sammartinese 65/A
Referente (Unico)	Patricia M. Ramirez
Email Referente (Unico)	pattycbe@yahoo.it
Funzione del Referente (Ricoperta in Azienda)	Infermiera assistenziale
Gruppo Progetto (Elenco Partecipanti)	Dott. in Infermieristica Alessandro Da Fre, Coordinatore del corso Master in area Critica, Università La Sapienza di Roma; D.ssa Paola Ballerini, Responsabile della Unità LAI della Casa di cura Villa Immacolata; Patricia. M. Ramirez, Infermiera assistenziale.
Progetto/Buona pratica a prevalente impatto	Clinico Organizzativo
L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una disposizione/ raccomandazione Regionale/Aziendale/ Altro? Se sì, quale?	<ul style="list-style-type: none"> - L. n. 550/95 (Finanziaria 1996), che ha richiamato la necessità di provvedere alla valutazione dei carichi di lavoro, confermando l'assetto già descritto. - L. n. 537/93 (Finanziaria 1994). - Documento per la riorganizzazione della Rete Ospedaliera Novembre 2006, Regione Lazio. ai fini del conseguimento degli obiettivi previsti dal "patto per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio". La Regione Lazio, nell'ambito della DGR 424/06, concernente i requisiti minimi per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie, ha individuato tutte le tipologie riabilitative per ognuna delle quali sarà successivamente necessario stabilire il reale fabbisogno, soprattutto nell'ambito delle alte specialità considerata l'oggettiva carenza (cod. 28, cod. 75, unità LAI, RAI e UDGEE) - Discorso di Giovanni Paolo II al Congresso Internazionale su: "I trattamenti di sostegno vitale e lo stato vegetativo: progressi scientifici e dilemmi etici" (17-20 marzo 2004, Augustinianum): "ammalato in stato vegetativo, in attesa del recupero o della fine naturale, ha dunque diritto ad una assistenza sanitaria di base (nutrizione, idratazione, igiene, riscaldamento, ecc.), ed alla prevenzione delle complicazioni legate all'allettamento ed alla sua complessità assistenziale. Egli ha diritto anche ad un intervento riabilitativo mirato ed al monitoraggio dei segni clinici di eventuale ripresa".
Problema	Rilevare le attività e il carico di lavoro infermieristico nelle strutture per acuti (terapie intensive) e post acuti (LAI) dei pazienti con grave cerebrolesione acquisita (GCLA), non significa solo calcolare le risorse necessarie all'assistenza, ma indirettamente significa anche rilevare i bisogni assistenziali (più delle volte complessi) del paziente e dei suoi familiari.

	<p>Durante la mia esperienza come studente del Master in area critica nei servizi di terapie intensive (Unità di Neurochirurgia del Policlinico Umberto I), ho potuto osservare che i pazienti critici, per la presenza di insufficienza multiorgano e instabilità, continuano a mantenere una complessità clinico assistenziale, anche dopo la stabilizzazione e la dimissione è necessario il ricovero in unità specializzate.</p> <p>Mi sono posta allora un quesito: “Il livello assistenziale infermieristico dei pazienti con gravi cerebro lesioni acquisite di origine traumatica o di altra natura e/o alterazioni cognitive comportamentali, dopo la dimissione della Terapia Intensiva in quale misura varia“?</p> <p>A questo punto ho deciso di fare un confronto tra i reparti di Terapia Intensiva e i reparti LAI rispetto alle patologie sopra menzionate.</p> <p>Villa immacolata è una Casa di Cura dedicata alla riabilitazione intensiva, estensiva e di mantenimento. Il servizio LAI è inserito nella unità operativa di lungodegenza che accoglie un totale di 44 pazienti. La LAI è un'unità ospedaliera destinata a pazienti in stato vegetativo permanente ovvero in stato di minima coscienza, senza ulteriori possibilità di recupero significative, portatori di tracheotomia e/o alimentazione artificiale. L'attività di assistenza a questi soggetti è caratterizzata da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attività di nursing con fisioterapia al mantenimento delle condizioni già raggiunte all'interno delle UUOO ospedaliere di provenienza (reparti di Terapia Intensiva, Neurochirurgia ecc.) nonché alla prevenzione di ulteriori complicanze da patologie sovrapposte; - continua sorveglianza medica adeguata allo “status” di ogni singolo paziente da parte di staff medico-specialistico; - programmazione concordata con l'équipe medico-specialistica, dell'intervento guidato e della collaborazione dei parenti in tutte quelle attività che, con stimoli familiari al paziente, mirino a risvegliare una coscienza reattiva all'ambiente esterno. <p>L'obiettivo di questo studio era “identificare la complessità assistenziale infermieristica dei pazienti con GCLA in acuzie (terapia intensiva generale e neurochirurgica) e post-acuzie (unità LAI), valutando il peso assistenziale dei pazienti, e se è possibile utilizzare lo stesso strumento di valutazione”.</p>
<p>Soluzione (tipo d'intervento)</p>	<p>Nel presente studio abbiamo utilizzato il metodo compilativo-descrittivo, che comprende una variabile indipendente riferita alla complessità del paziente in acuzie e post acuzie, e una variabile dipendente cioè il peso o carico assistenziale infermieristico.</p> <p>Per valutare il peso assistenziale del paziente abbiamo utilizzato la Scala di Complessità Assistenziale (SCA) in cui gli indici di osservazioni e le caratteristiche assistenziali erano gli stessi per i pazienti delle acuzie e post-acuzie, (escluso monitoraggio e tecnologie invasive usati esclusivamente in UTI).</p> <p>La SCA è un check-list ad uso infermieristico (basata sull'indice di Barthel e sulle prestazioni infermieristiche), che valuta il peso assistenziale del paziente nelle attività di base della vita quotidiana e per la gestione di altre condizioni (ulcere da pressione e medicazioni complesse, nutrizione artificiale, tracheotomia ed ossigenoterapia continua). Il tempo assistenziale è calcolato in minuti - assistenza/24 ore.</p> <p>Il materiale di investigazione è stato rappresentato dai pazienti della UTIPO (Neurochirurgia) del Policlinico Umberto I di Roma, della UTI dell'Ospedale</p>

	<p>Belcolle di Viterbo e della LAI della Casa di Cura e Riabilitazione Villa Immacolata Viterbo.</p> <p>I pazienti osservati avevano come caratteristica principale la grave cerebrolesione acquisita in condizione di stato vegetativo più o meno protratto, con prognosi o evidenza di gravi menomazioni sensomotorie e/o cognitive e/o comportamentali.</p> <p>L'osservazione ed applicazione della scheda è stata effettuata durante i turni di lavoro (otto ore) durante i mesi di Luglio ed Agosto del 2007, con la collaborazione degli infermieri dei reparti delle rispettive unità.</p>
Risultati ottenuti	<p><u>Peso Assistenziale (Complessità Assistenziale).</u></p> <p>L'analisi dei risultati ottenuti dalla applicazione della SCA ci dimostra che tutte le unità presentano una complessità assistenziale importante (superano i 100 minuti assistenza /paziente/24 ore), dove:</p> <ul style="list-style-type: none"> ∞ un 100% dei pazienti della UTIPO presenta un peso assistenziale > di 260 minuti di assistenza per paziente in 24 ore; ∞ nella UTI generale il 71.4% dei pazienti hanno un peso assistenziale > di 260 min. assistenza per paziente in 24 ore; e il 28.6% presenta un peso assistenziale compreso tra 201 e 260 min. assistenza/paziente/24 ore; ∞ nella unità LAI (post acuzie) un 71.4% supera i 200 min assistenza/paziente/24 ore, evidenziando la continua complessità assistenziale del paziente GCLA. <p>I pazienti di tutte tre unità presentano la disabilità di base (comunicazione, igiene, trasferimenti e continenza urinaria); anche i pazienti con SNG e PEG sono in 100% uguali per tutti tre unità, invece i pazienti con tracheotomia sono in un 90.7.% per la UTIPO NCH, 50.7% per la unità LAI, e 42.9% per la UTI di Viterbo.</p> <p>Il 100% dei pazienti della UTIPO NCH e UTI di Viterbo presentano ossigenoterapia e il 50.7% la unità LAI; inoltre la unità LAI ha un 50.7% di ulcere da decubito, la UTIPO NCH un 14.2% mentre la UTI di Viterbo nulla.</p>
Esperienze di trasferimento/Diffusione	<p>L'attività della LAI sono impegnative al di sopra dei valori standardizzati per le altre tipologie di lungodegenza (semi-intensività rispetto a standard non intensivo dal punto di vista infermieristico).</p> <p>La complessità assistenziale di un paziente con grave cerebrolesione acquisita e gravi menomazioni sensomotorie e/o cognitive e/o comportamentali o in stato vegetativo, persiste alla dimissione dalle unità per acuti e continua nelle unità LAI (post acuti), considerando che tutti i pazienti esaminati superano abbondantemente il valore limite minimo di 100 minuti assistenza in 24 ore, secondo la scala di complessità assistenziale applicata.</p> <p>È possibile usare la Scala di Complessità Assistenziale in acuzie (UTI) e post-acuzie (LAI), considerando le caratteristiche in comune dei pazienti in osservazione (gravi cerebrolesioni acquisite) ed escludendo monitoraggio e tecnologie invasive usati esclusivamente in UTI .</p> <p>La richiesta di assistenza sembra essere abbastanza ben valutata dalle disposizioni della Regione Lazio per quanto riguarda il numero degli infermieri richiesti in LAI, anche in considerazione dell'affiancamento di personale di supporto opportunamente addestrato.</p>

Eventuali note

È necessario stimolare la professione infermieristica ad usare strumenti di valutazione per l'analisi delle risorse necessarie e del fabbisogno assistenziale delle persone con grave cerebrolesione acquisita nella fase di post acuzie, e stabilire un'assistenza qualificata ed appropriata per soddisfare i bisogni assistenziali così complessi dei pazienti e dei suoi familiari.