A.N.Í.M.O.

Associazione Nazionale Infermieri Medicina Ospedaliera

FORMAZIONE RICERCA SVILUPPO INNOVAZIONE

NEWSLETTER

Vol. 3 - Luglio 2018

SPECIALE CONGRESSO NAZIONALE

Carissima/o collega

Dedichiamo questo numero speciale della newsletter della nostra associazione al Congresso Nazionale ANìMO che si è svolto a Bologna lo scorso 12 e 13 maggio.

All'interno troverete i ringraziamenti *del Consiglio Direttivo ed Esecutivo di ANìMO* rivolti a tutti i colleghi, amici e soci che hanno partecipato al XIII Congresso Nazionale dell'associazione garantendone l'alta qualità culturale e scientifica e l'interattività e confronto professionale e interprofessionale. Alcune riflessioni post congresso di alcuni dei nostri referenti dell'associazione che potranno essere utili a coloro che non hanno potuto partecipare al congresso per comprenderne lo spirito generale e i contenuti di alcune sessioni. Infine, alcuni poster dei colleghi provenienti dalle diverse regioni che hanno partecipato con entusiasmo alla I° sessione poster del Congresso e che hanno consentito di avere una visione globale dei progetti di ricerca e di miglioramento della qualità organizzativa all'interno delle medicine di Italia.

Approfittiamo di questa occasione per augurare a voi tutti buone ferie e per ricordarvi di rimanere sempre informati sulle attività dell'associazione collegandovi al sito ufficiale di ANìMO e sui principali canali social.

Una buona lettura.

Giovanna Pentella, Presidente ANìMO, Letizia Tesei, referente newsletter e il Direttivo ANìMO.

Ringraziamenti

Il Consiglio Direttivo ed Esecutivo ANìMO

Cari colleghi, amici e soci,

Vi ringraziamo uno ad uno per la riuscita del XIII Congresso Nazionale organizzato da noi presso il Palazzo della Cultura e dei Congressi a Bologna lo scorso 12 e 13 maggio.

Un contributo fondamentale ai lavori è venuto dalla partecipazione dei relatori che hanno portato all'attenzione della platea un contributo scientifico e culturale di alto livello.

Animo insieme a Fadoi abbiamo accolto la nuova sfida lanciata dall'OMS nel 2017 "Global Patient Safety Challenge on Medication Safety" per ridurre i gravi anni associati all'errore in terapia nei prossimi 5 anni. I relatori della sessione "*Medication without harm: strategie condivise per aumentare la sicurezza*" hanno sottolineato l'importanza, in primo luogo, delle strategie organizzative messe in atto dalle direzioni sanitarie ed infermieristiche e contemporaneamente il peso del comportamento del singolo operatore sanitario che deve aderire alle metodologie di lavoro per incidere in maniera attiva sulla qualità dell'assistenza e sulla prevenzione degli errori in terapia.

Per la prima volta , un' altro un corso congiunto Animo Fadoi è stato sugli "*Accessi vascolari in Medicina Interna*".I posti disponibili sono stati tutti esauriti con la partecipazione di 15 medici e 15 infermieri. I due principali obiettivi dell'evento formativo sono stati quello di fornire nozioni per la valutazione del patrimonio venoso e la corretta selezione dei device endovascolare periferico (PICC e Midline) in base al programma terapeutico ed alle caratteristiche biochimiche dei farmaci da infondere, e di stimolare un approccio ragionato e condiviso medico-infermiere al processo di cura che appare emblematico di un appropriato lavoro in equipe in qualunque ambito sanitario.

L'evento e' stato caratterizzato da intensa interattività tra discenti, docenti e da un interessante confronto professionale tra medici e infermieri. Il corso, dopo le relazioni frontali e la discussione di casi clinici, si e' concluso con una esercitazione pratica, particolarmente apprezzata, sull'uso dell'ecografo come strumento indispensabile per l'impianto degli accessi vascolari.

La seconda novità, ANIMO ha dedicato uno spazio speciale e unico ai giovani infermieri delle aree mediche per favorire un momento d'incontro per la creazione di un gruppo "giovani Animo " per riflettere sul futuro della professione infermieristica che non è solo fine a sé stessa ma a favore dei nuovi reali bisogni dei cittadini e per dare spazio alle idee, ai progetti e alle realtà vissute per favorire l'aggiornamento e il miglioramento delle competenze. E non solo, sono stati trattati moltissimi altri argomenti. Altri corsi quale ad esempio l'ecografia infermieristica in medicina interna e' stato caratterizzato da intensa interattività tra discenti,

docenti e da un interessante empatico confronto professionale. I ragazzi hanno espresso gratitudine all'Associazione Animo con l'intento di proseguire e migliorare sempre più la collaborazione ormai nata.

Il congresso si è chiuso con "*La sessione creativa: l'arte che cura (musica, danza e colori)*" che grazie alla perfomance artistica *Dance for Heart* (Francesco Burrai, musiche, video e keyboards; Lucia Stanga, danza; Pamela Stanga, danza) e alla relazione del pedagogista Lorenzo Braina siamo stati travolti da atmosfera di musica, movimento, ritmo, danza e parole che hanno suscitato nei partecipanti le emozioni che sempre più frequentemente per motivi socio-culturali vengono sempre più nascoste. Imparare a conoscere le emozioni è fondamentale per poterle meglio gestire soprattutto per gli operatori sanitari e socio-assistenziali e per i caregiver famigliari, ma non di meno per le persone che stanno affrontando un importante percorso di cura. Oltre l'acquisizione del "sapere" e il "saper fare" è importante coltivare il "saper essere", cioè quei fondamenti emozionali e cognitivi della relazione umana, che è l'altra colonna sulla quale si fonda l'esercizio della professione.

L'affluenza è stata eccellente, così come la partecipazione degli addetti ai lavori, visibilmente interessati agli argomenti affrontati.

Siamo inoltre rimasti piacevolmente colpiti dai contributi del pubblico presente che hanno contribuito a tenere vivo il dibattito apportando suggerimenti concreti all'approfondimento e all'aggiornamento scientifico.

La partecipazione ed il confronto tra professionisti devono necessariamente continuare ad essere il motore principale di questa associazione.

Grazie di cuore per essere intervenuti.

Ringraziamenti
Carmela Sole **Referente Toscana**

Carissimi ,

il secondo fine settimana di maggio si è svolto il congresso nazionale ANIMO FADOI a Bologna e sento l'esigenza di scrivervi per condividere con tutti voi l'esperienza.

Il Congresso di quest'anno ha avuto un alto livello di partecipazione e coinvolgimento ed è stata la prova, semmai ce ne fosse bisogno, di quello che la nostra Associazione è capace di progettare, realizzare e trasmettere ai propri iscritti . Questi eventi attestano la dignità della nostra professione e sottolineano la solidità del nostro verbo, non solo scientifico, ma anche formativo, professionale, culturale, educativo e sociale.

Sono state giornate di intensa attività, che hanno visto un proficuo confronto e un interessante scambio di idee dal valore altamente professionale con infermieri
provenienti da tutta Italia.

Chi era presente ha avuto modo di verificare quanti nostri colleghi hanno realizzato dei bellissimi lavori, prodotti con competenza e professionalità, anche in un periodo come questo di difficoltà e di riduzione delle risorse in quasi tutte le zone del nostro paese.
Il programma di quest'anno ha spaziato toccando tutti gli aspetti cruciali della nostra professione, dalle evidenze scientifiche all' e-learning, dal rischio clinico alla responsabilità professionale e tutti questi temi ci hanno lasciato messaggi e spunti su cui riflettere e lavorare.
Lasciatemi dire che la nostra regione ha portato dei lavori di qualità elevata , argomenti innovativi e argomenti sempreverdi ma affrontati in maniera innovativa.
Durante il Congresso mi ha fatto piacere incontrare qualcuno di voi e raccogliere e condividere le sensazioni e le emozioni positive provate seguendo le varie relazioni , sia per i contenuti che per la competenza dei relatori.
Con orgoglio ricordo che nella sezione poster 7 erano prodotti dalla nostra regione e 2 sono stati premiati fra i primi 3.
Consapevole che la partecipazione ed il confronto devono necessariamente continuare ad essere il motore principale della nostra associazione e sperando che ANIMO possa essere la voce di tutti voi, vi do appuntamento a Firenze ad Ottobre per il nostro Congresso Regionale.

Sessione: **ELIMINARE LA CONTENZIONE: DAL SILENZIO AL DIRE, DA DIRE AL FARE**
a cura di Gabriella Bordin Vice Presidente Anìmo

Il titolo della sessione dedicata alla contenzione ha tracciato il percorso entro il quale i relatori intervenuti hanno sviluppato un tema di grande interesse per gli infermieri, portando contenuti non solo teorici, di definizione giuridica, sanitaria, tecnica, ma anche più attinenti ai dati concreti che sono emersi dalle ricerche e dagli studi fatti in diverse realtà, ospedali e residenze per anziani.
Partendo dal presupposto che la contenzione non possa più essere considerata un atto sanitario è necessario rompere il silenzio che porta a considerarla una "pratica accettata" nelle nostre realtà, messa in atto nella falsa garanzia di sicurezza del paziente o ancora a tutela degli operatori qualora il paziente possa subire lesioni (cadute, wandering, rimozione device, ecc).
Andrea Gardini ha lanciato un messaggio forte: "per cambiare le pratiche di cura che portano alla contenzione dobbiamo cambiare il nostro pensiero" e andare oltre la visione meccanicistica della vita e della scienza. Non è scientifico "legare un corpo per problemi della mente" tantomeno farlo per problemi organizzativi o per una mancata discussione tra professionisti sui reali bisogni del paziente.
Livia Bicego, partendo dalla consapevolezza dell'esistenza di un fenomeno che non è appropriato, ha invitato i partecipanti a dire tale pratica coinvolge le persone con disturbi mentali ma, sempre più spesso, anche le persone anziane, con disturbi cognitivi, disabilità fisiche, le persone più fragili e più vulnerabili.

La contenzione può determinare una sequela di danni fisici alla persona fino ad arrivare alla morte, ma ha anche ripercussioni negative sul piano psicologico del paziente, dei familiari e degli altri assistiti, che la vedono mettere in pratica.
Nel passaggio tra il dire e il fare non è stato tralasciato l'aspetto legato alla responsabilità, presentata da Antonino Zagari. Attraverso richiami normativi e deontologici sono stati definiti come presupposti alla contenzione la valutazione circostanziata di un pericolo concreto di un grave danno alla persona e non alle cose e l'impossibilità di adottare strategie alternative. Sonia Martinotta, infine, partendo dalla propria esperienza personale ha confermato la possibilità di un reale cambiamento messo in atto dagli stessi professionisti.
I messaggi dati nella giornata sono stati forti e sicuramente hanno sgretolato alcune false sicurezze che portano a pensare alla contenzione come uno strumento utile a prevenire cadute ed infortuni in genere.
La sfida lanciata ai partecipanti è di tornare alle proprie realtà lavorative consapevoli che la contenzione non può essere considerata un atto medico, non ha funzioni terapeutiche e dunque non può essere giustificata come conseguenza della malattia della persona. L'auspicio è che si promuova la ricerca di soluzioni assistenziali e organizzative interdisciplinari finalizzate all'eliminazione di tale pratica all'interno dei contesti di cura.

Sessione **LEAN ORGANIZATION**
a cura di Claudia Ganzini Segretario Anìmo

Lean organization, argomento trattato nella sessione parallela del Nazionale Anìmo 2018. Questo concetto ben si adatta al mondo sanitario e si traduce nell'individuare il miglior servizio per il paziente, identificando, nei percorsi assistenziali che lo vedono coinvolto, i punti che generano ritardi sprechi ed errori per rimuoverli e migliorare di conseguenza la qualità delle cure. In questo modello di riferimento il paziente viene messo al centro di un sistema integrato nel quale viene preso in carico per mezzo di un'interazione dinamica di tutti i professionisti. Durante la sessione è stata presentata la filosofia del modello e i suoi strumenti di analisi, seguita da esempi pratici di applicazione dei principi lean con l'identificazione delle attività che compongono i processi e la loro mappatura grafica al fine di eliminare ciò che non porta valore al paziente. La lean elimina gli sprechi e reinveste le risorse liberate nella creazione di valore.

Sessione: **POSTER**

Azienda Ospedaliero-universitaria Senese

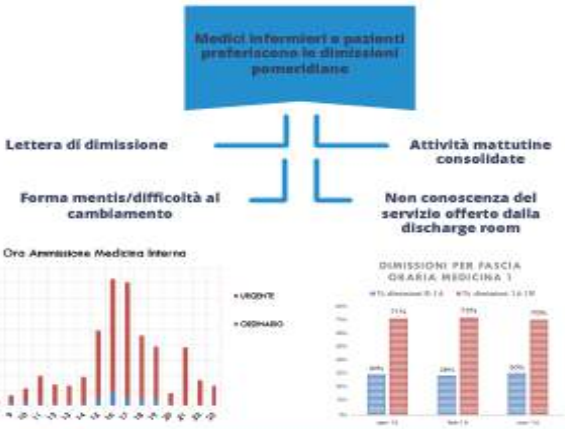
XIII Congresso A.N.I.M.O
12 - 13 Maggio 2018 - Bologna

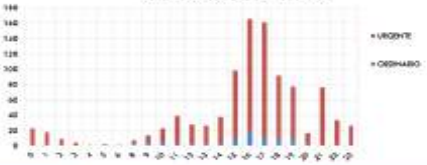
IL LETTO GIUSTO AL MOMENTO GIUSTO

L. Bellandi, C. Bianciardi, C. Caffarelli, C, Duma, D. Lenzi

1 INTRODUZIONE

L'AOU Senese ha avviato un'importante azione di riorganizzazione nel percorso dei pazienti ricoverati in Area Medica, coinvolgendole U.O. di Medicina Interna 1 e 2, è stato utilizzato il metodo Heijunka, per ottenere il livellamento delle ammissioni-dimissioni. I pazienti che necessitano di un posto letto nei reparti di Medicina Interna, attendono in pronto soccorso fino al tardo pomeriggio, malgrado la prevedibilità di maggior afflusso giornaliero di pazienti sia un dato conosciuto. Inoltre si segnala un cattivo utilizzo del servizio offerto dalla discharge room nell'orario mattutino.





2 OBIETTIVI

- Riprogettare l'attuale programmazione sulla base della necessità di - ricoverare durante l'intero periodo diurno ed evitare i ricoveri dalle 20.00 alle 8.00 (0% di ammissioni dalle 20 alle 8)
- Aumentare le dimissioni dalle 8 alle 14 (50%)
- Eliminare i pazienti che seguono il percorso inappropriato (PS-OBI-MED URG-MEDICINA).
- Ridistribuire le ammissioni in fasce orarie definite (50% nella fascia mattutina – 50% nella fascia pomeridiana)

3 PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI

4 REALIZZAZIONE E MONITORAGGIO DELLE AZIONI

Riorganizzazione delle attività dei medici, allo scopo di garantire dimissioni e ammissioni nella fascia oraria 8-14, con aumento del 30% delle dimissioni in fascia oraria mattutina.

Programmazione delle di
numero di posti letto al gi
Maggior utilizzo della Disch
oraria mattutina).

5 VERIFICA DEI RISULTATI

Lo start del progetto è avvenuto il 4 maggio 2016:

- Definizione di un briefing mattutino alle 11.30 (anche il sabato) in DEA con: medico e coordinatore infermieristico DEA, medico ed infermiere di processo di area medica, infermiere di processo dell'area chirurgica percorsi urgenti, Visual Hospital Manager medico e chirurgico, coordinatore infermieristico Discharge Room, terapie intensive (su richiesta).
- Pianificazione delle dimissioni il giorno precedente per garantire una miglior gestione operativa.
- Maggior utilizzo della Discharge room
- Riorganizzazione delle attività dei medici (la guardia pomeridiana partecipa al briefing ed effettua i ricoveri mattutini).

6 CONCLUSIONI

Il cambiamento di indirizzo verso la nuova organizzazione ha avviato una politica motivazionale positiva e pratica, migliorando la produttività e la qualità. Lavorare in una logica di innovazione e crescita ha rappresentato
sono impegnati in un
rofessionale, ma
hiave di successo di questo
poste e generate dai
professionisti a tutti i livelli dell'organizzazione e sponsorizzate dai vertici direzionali.

1 / 1

Azienda Ospedaliero-universitaria Senese

XIII Congresso A.N.I.M.O
12 - 13 Maggio 2018 - Bologna

L'INFERMIERE DI PROCESSO...É ARRIVATO!

A. Baldacchino, L. Bellandi, C. Bianciardi, G. Bugnoli, C. Duma, O. Di Giovanni, G. Millozzi, M. Tardi, T. Troisi

1 INTRODUZIONE

Implementazione della figura dell'infermiere di processo con l'obiettivo di risolvere la difficoltà in area medica «percorsi in urgenza» nella pianificazione e personalizzazione del percorso del paziente per una migliore continuità assistenziale.

2 OBIETTIVI

100%
Partecipazione al briefing di reparto

95%
Conformità tra dimissioni pianificate e dimissioni effettive

- 50%
Riduzione del ritardo delle dimissioni per causa di «rifiuto parente»

3 PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI

- Formazione del personale su ruolo e competenza dell' Infermiere di processo
- Condividere con il team assistenziale una simbologia «reminder» da utilizzare sul PPOP
- Standardizzare l'attività dell'infermiere di processo generando una SOP
- Standardizzare le attività per un corretto e puntuale coinvolgimento dell'utente/care giver

4 REALIZZAZIONE E MONITORAGGIO DELLE AZIONI

Incontri di condivisione per analizzare le criticità, definire le contromisure

Simbologia «reminder» PPOP data di dimissione e condivisione con il parente

Istruzione operativa e Standard Operation Procedure

Incontri formativi con il personale infermieristico nuovo assunto e tutoraggio con Infermiere di Processo

Misurare

5 VERIFICA DEI RISULTATI

Ad un anno dall'introduzione di questo modello organizzativo sono stati raggiunti i seguenti obiettivi: a 72 ore dall'ingresso del paziente viene pianificato dall'equipe assistenziale il persorso diagnostico/terapeutico del paziente, con coinvolgimento del care giver

- 100% briefing di reparto partecipato
- 95% di conformità tra dimissioni pianificate/dimissioni effettive
- Riduzione del 50% dei giorni di scostamento dimissione

FOLLOW -UP

- Monitoraggio mensile del ritardo di dimissione
- Monitoraggio mensile della programmazione delle dimissioni per il giorno successivo

RISULTATI ATTESI 2018

- Miglioramento della sinergia con il territorio
- Annullamento dell'attesa per le consulenze e i referti degli esami strumentali

6 CONCLUSIONI

L'infermiere di processo ha un forte impatto sull'organizzazione di reparto in quanto coordina la rete di cure di ogni paziente che accede in ospedale e necessita di continuare le sue cure anche dopo le dimissioni e quindi il trattamento dell'evento acuto. Per questo le funzioni da esso svolte facilitano il lavoro dell'equipe multidisciplinare in continuum con il territorio

Dal "Problem Based Learning"al Bundle di lavoro: un'esperienza della Medicina Interna I A.O. " Villa Sofia-Cervello" Palermo

Autori: Ignazia Lo Burgio[1], Tiziana Longo[2]
Working Group: Caltanissetta M[3]., Cosma R[3]., Cucinella G[3]., Fiorenza V[3]., Lup S C[2]., Manno D[2]., Mihalache O G[2]., Napoli C[3] ., Provenzano C[2]., Rocca A[2]., Rognetta A[3]., Scaletta S[3]., Scannella C[3] ., Sparacio B[2]., Suriano R[2]., Valentino V[3]., Villari A[3].
1 Infermiera Coordinatrice: Medicina Interna/Medicina Interna Area Critica, 2 Infermiere Medicina Interna Area Critica; 3 Infermiere Medicina Interna

Introduzione

In seguito ad un'attenta analisi dei bisogni formativi degli Infermieri di Medicina Interna, alla necessità di strutturare alcune attività di pratica clinica, alla necessità di migliorare la coesione e collaborazione tra i singoli professionisti, e dopo un'attenta analisi della letteratura, nella U.O.C. di Medicina Interna I dell'azienda Villa Sofia- Cervello di Palermo si è sperimentato un nuovo metodo formativo "adult-learner–oriented". Tale percorso è conosciuto come "Problem Based Learning".
Questa forma di apprendimento basa le fondamenta sul modello andragogico di Knowles , secondo cui gli adulti si interessano di argomenti che possano migliorare la loro qualità di vita lavorativa, divenendo loro stessi attori del loro processo conoscitivo. Il PBL è essenzialmente un sistema di apprendimento strategico, finalizzato a migliorare e ottimizzare i risultati educativi, , si tratta di un apprendimento collaborativo, contestuale, integrato e riflessivo, in cui non esiste il docente e il discente, bensì un moderatore che guida il gruppo nel processo di apprendimento. Aspetti nodali delle esperienze di PBL sono l'**analisi**, l'**indagine** e la **scoperta**, tappe fondamentali del processo di conoscenza.
Sfruttando tale forma di apprendimento attivo, il gruppo ha creato successivamente uno strumento di lavoro innovativo quale il Bundle tematico, da utilizzare nella pratica clinica quotidiana.

Obiettivi

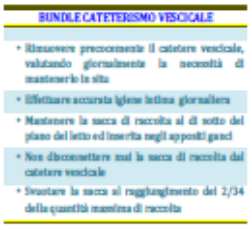
Obiettivo principale: aggiornare gli Infermieri di Medicina Interna su tematiche che riguardano la pratica quotidiana e l'acquisizione di competenze sulla pratica clinica basata sulle evidenze

Obiettivi secondari:

Sviluppare competenze e capacità critiche dei partecipanti allo scopo di incrementare le potenzialità individuali di ideazione ed organizzazione nella pratica quotidiana. Acquisire e/o potenziare le capacità di relazionarsi all'interno del gruppo lavoro.

Pianificazione Interventi

Il progetto nato per il personale infermieristico di Medicina Interna e Medicina Interna Area Critica viene proposto all'interno del piano formativo ECM aziendale per l'anno 2018.
Esso prevede tre giornate "formative" per area tematica, della durata di due ore ciascuna. Al primo incontro ogni componente del gruppo espone le proprie conoscenze in materia, evidenziando le proprie lacune. In tale sede il moderatore fornisce il materiale informativo. Il secondo incontro serve a rielaborare il tema alla luce delle nuove conoscenze acquisite attraverso la lettura della più recente e autorevole letteratura scientifica. Il moderatore, come si evince ha il compito di suggerire degli input al gruppo. Il terzo incontro è quello in cui l'intero gruppo lavorerà sull'elaborazione del Bundle tematico.
Le aree tematiche in questione riguardano: "Il cateterismo vescicale" , " La gestione dei pazienti in NIMV", "La gestione del Cateterismo venoso periferico", "La prevenzione della Trombosi Venosa Profonda"


BUNDLE CATETERISMO VESCICALE

- Rimuovere precocemente il catetere vescicale, valutando giornalmente la necessità di mantenerlo in sito
- Effettuare accurata igiene intima giornaliera
- Mantenere la sacca di raccolta al di sotto del piano del letto ed inserita negli appositi ganci
- Non disconnettere mai la sacca di raccolta dal catetere vescicale
- Svuotare la sacca al raggiungimento del 2/3 della quantità massima di raccolta

Realizzazione Azioni

La prima area tematica, "La gestione del catetere vescicale a permanenza", è stata affrontata nel febbraio 2018. Gli incontri si sono tenuti presso la biblioteca aziendale, dotata di computer con accesso Internet. Il personale coinvolto nella nuova esperienza sin dal primo incontro ha mostrato interesse e piena collaborazione. Il moderatore, ha spiegato come articolare le tre giornate "formative", fornendo indicazioni sulla utilità del Bundle di lavoro, scopo ultimo degli incontri.
Il Bundle in questione è stato prodotto dal gruppo di lavoro ed è in fase di implementazione nelle due UU.OO

Verifica Risultati

I risultati riguardano due campi: la formazione continua degli infermieri, il miglioramento della pratica clinica.
In atto il dato emerso è sicuramente un rafforzamento dell'autostima (empowerment), una maggiore consapevolezza da parte del gruppo infermieri sulla loro autoefficienza e sulla loro capacità di fare ricerca e migliorarsi.
Riguardo la pratica clinica, i risultati attesi saranno il miglioramento degli esiti attraverso l'utilizzo dei Bundle.

Conclusioni

L'esperienza formativa degli infermieri di Medicina Interna e Medicina Interna di Area Critica, ha dimostrato che qualora l'ECM viene pianificato attraverso strategie efficaci che rendano i discenti attori del loro processo di aggiornamento continuo, i risultati in termini di efficacia sono sorprendentemente maggiori. L'ECM, per non rimanere fine a se stesso, deve essere integrato con strategie efficaci nel modificare i comportamenti. Occorre valutare l'efficacia della formazione sugli esiti assitenziali, nel nostro caso il monitoraggio degli esiti attraverso l'utilizzo del Bundle.
Le Direzioni Aziendali possono trarre degli outcome positivi investendo sulla formazione continua improntata sul modello andragogico, in quanto risulta essere versatile e di facile applicazione

A.N.I.M.O.

Azienda Ospedaliero-universitaria Senese

XIII Congresso A.N.I.M.O
12 - 13 Maggio 2018 - Bologna

ORDINANDO CON IL KANBAN

Teresa T., Abati L., Pierini L., Curcio A., Riccardis M., Oddi C.

1 INTRODUZIONE

Analizzando l'organizzazione del reparto di medicina interna 2 dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese una delle criticità organizzative emersa è rappresentata dalla difficile gestione dei materiali in giacenza, del suo riordino e dell'approvvigionamento.
Dall'analisi della situazione di partenza si rileva la presenza di 4 magazzini con all'interno un elevato numero di materiali e farmaci a scorta, materiali uguali stoccati in punti diversi non facilmente individuabili.
E' stato quindi intrapreso un percorso di miglioramento per una migliore gestione dei materiali attraverso la riorganizzazione dei magazzini.

2 OBIETTIVI

Ottimizzazione nella gestione delle scorte con riduzione di spreco di materiali, di ordini in urgenza e di spesa annua.

3 PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI

In seguito ad un analisi organizzativa svolta nel settembre 2016 il gruppo di lavoro ha steso un cronoprogramma che ha previsto l'applicazione della tecnica del cell design per l'ottimizzazione degli spazi, tecnica 5 s per la selezione ed il riordino dei materiali, l'utilizzo del visual management per facilitare l'individuazione dei materiali, della tecnica kanban per effettuare ordini al momento giusto ed in giuste quantità, per arrivare all'introduzione di un lettore di codice a barre per facilitare il riordino.

4 REALIZZAZIONE E MONITORAGGIO DELLE AZIONI

Da ottobre 2016 a luglio 2017 il team ha analizzato il layout della Medicina2 e ha centralizzato il magazzino cercando di individuare la giusta allocazione per il materiale e per i farmaci; nell'agosto 2017 è stato introdotto il kanban per l'ottimizzazione delle scorte e infine a settembre 2017 è stato creato un catalogo dei prodotti presenti con l'introduzione del codice a barre.

5 VERIFICA DEI RISULTATI

Nel periodo di monitoraggio Gennaio-Ottobre 2017 la centralizzazione del magazzino e l'ottimizzazione delle scorte basate sul reale consumo hanno portato ad un risparmio sulle spese per materiali sanitari e farmaci di 41.710 rispetto allo stesso periodo del 2016; l'introduzione del kanban dal 1 agosto 2017 ha permesso di ridurre gli ordini in urgenza da 86 del 2016 a 11 del 2017.
La standardizzazione del metodo di riordino e la semplificazione nell'individuazione del materiale ha permesso di ridurre da 7.30 a 3 ore il tempo settimanale da dedicare agli ordini.

6 CONCLUSIONI

Riorganizzando i magazzini secondo tecniche volte all'ottimizzazione e alla standardizzazione delle quantità e della qualità dei materiali è possibile risparmiare sul budget dei reparti, spendere meno tempo per la gestione degli ordini e ridurre al minimo le criticità relative all'assenza di materiali.

COSA?	CHI?	QUANDO?
Censimento dei materiali presenti in magazzino e creazione check list	Coord. Infer.	Ott-Nov. 2016
Creazione di catalogo codici prodotto cartaceo aggiornato	Coord. Infer.	Nov. 2016
Revisione del layout del reparto per allestimento magazzino unico centralizzato	Coord. Infer., Infermieri	Nov. 2016
Applicazione tecnica 5S per organizzazione del magazzino	Coord. Infer., Infermieri	Dic 2016-Gen.2017
Introduzione sistemi visivi per identificazione e riordino del materiale	Coord. Infer., Infermieri	Gen. 2017
Calcolo delle quantità ottimali di giacenza basate sul reale consumo	Coord. Infer.	Giu. 2017
Modifiche armadi farmaci per aumentare spazio disponibile	Coord. Infer., Ufficio tecnico	Lug. 2017
Introduzione metodo kanban e condivisione della nuova modalità lavorativa	Coord. Infer., Infermieri	Ago. 2017
Creazione di catalogo codici prodotto con codici a barre e lettore codici a barre	Coord.Infer., Ufficio tecn.	In corso

Implementazione della Istruzione Operativa sul cateterismo vescicale nei pazienti con Stroke: applicazione di un audit clinico nel reparto di Medicina Generale del Presidio Ospedaliero di Cecina.

Roberta Castellani[1], Carmela Sole[2], Debora Cosimi[1], Paola Moretti[1], Elena Fracalosso[1], Andrea Calazzo[3], Letizia Paoletti[4], Marco Cei[5]

1. Inf. Medicina Generale – P.O. Cecina (LI); 2. Coord. Inf. Medicina Generale – P.O. Cecina (LI); 3. Pos. Org. Dipartimento Infermieristico cateitrico; 4. Inf. Direzione P.O. Cecina (LI); 5. Direttore U/O Medicina Generale P.O. Cecina (LI)

U.O. Medicina – PO di Cecina

Background

Le principali linee guida (LG) sul cateterismo vescicale raccomandano di inserire il catetere solo se indicato; le LG sull'ictus raccomandano fortemente di non cateterizzare se non in particolari condizioni. In un recente studio retrospettivo abbiamo valutato, su questa tipologia di pazienti, l'impatto di una istruzione operativa (IO) sul cateterismo vescicale (CV). I risultati hanno dimostrato che un *bundle* volto a migliorare l'appropriatezza e l'istruzione degli infermieri alla valutazione ecografica del residuo vescicale, può ridurre il ricorso al CV, il tasso di infezioni e la durata del ricovero. Alcune misure di processo, tuttavia, non sono risultate soddisfacenti per cui è stata revisionata la IO per ottimizzare la tracciabilità documentale e introdurre un *reminder* per la rimozione precoce del catetere.

Metodi

Metodologia dell'AUDIT CLINICO finalizzata a: misurare l'adesione alla IO, valutare se l'applicazione della revisione della IO nei pazienti con ictus determina una riduzione alla cateterizzazione, verificare se il ricorso al cateterismo è correlato alla gravità del paziente stimata con le scale Rankin, MoWS, Braden e Brass. Revisione su cartelle cliniche di 77 pazienti eleggibili in ingresso per ictus e sedute osservazionali, in un periodo di 4 mesi. Variabili valutate: date inserzione /rimozione del CV e calibro, appropriatezza, registrazione di pratiche non raccomandate (per es. "ginnastica vescicale" e lavaggi), algoritmo post rimozione, procedure assistenziali alternative al CV, gestione della sacca del CV, tasso di cateterizzazione e di CAUTI.

Risultati

Misure di esito: il tasso di CV complessivo è risultato del 27,2% (n.21). Di questi il 12,5% è stato eseguito in reparto. Il tasso di utilizzo complessivo di 0,19/1000 gg degenza. Nessuna CAUTI né ABUTI documentata. È stata rilevata una differenza statisticamente significativa nella degenza media dei pazienti con CV rispetto a quelli senza CV (**Fig. 1**)

Misure di processo: tutte le 8 CV eseguite in reparto sono risultate conformi alle indicazioni previste dalla I.O. Nell' 87,5% di queste veniva documentata la motivazione dell'inserimento (**Fig. 2**). La misura del calibro e la rivalutazione post rimozione sono state registrate rispettivamente nel 76,5% e 90,5%. Per i rimanenti indicatori si rileva un'adesione del 100%. Non è stata evidenziata alcuna pratica non raccomandata.

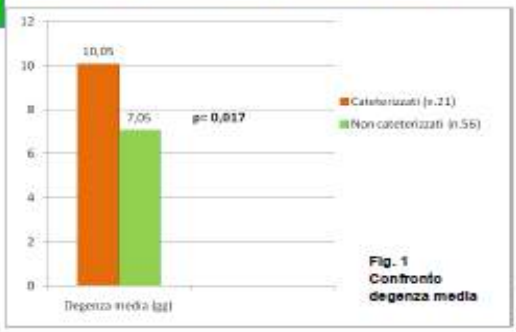


Fig. 1
Confronto degenza media

Tab. 1 – Correlazione fra le variabili di complessità clinico assistenziale del paziente e il ricorso al cateterismo

Variabili		cateterismo vescicale SI N	SI %	NO N	NO %	OR	95% C.I.	p
Rankin Scale	Disabilità grave	17	81,00	20	35,70	7,650	2,262 - 25,877	<0,001
	Disabilità lieve moderata	4	19,00	36	64,30			
Rischio LdP (cut off Braden 16)	A rischio (score < 16)	10	47,60	13	23,20	3,007	1,044 - 8,557	0,037
	Non a rischio (score ≥ 16)	11	52,40	43	76,80			
Rischio dimissione difficile (cut off BRASS 14)	A rischio (score ≥ 15)	16	76,20	20	35,70	5,760	1,835 - 18,070	0,002
	Non a rischio (score < 15)	5	23,80	36	64,30			
Rischio mortalità (cut off MOWS 4)	Alto rischio (score ≥ 5)	16	84,20	19	36,50	9,263	2,387 - 35,953	<0,001
	Basso rischio (score < 5)	3	15,80	33	63,50			

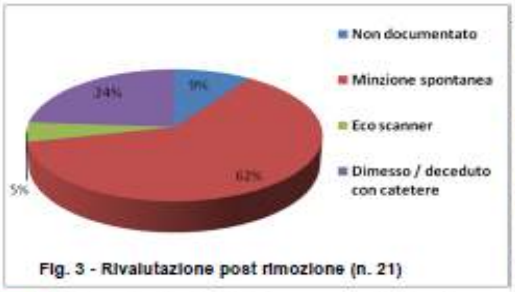


Fig. 3 - Rivalutazione post rimozione (n. 21)

CONCLUSIONI

Un bundle di azioni che comprende la stima ecografica del residuo vescicale e l'uso di uno specifico *reminder* è in grado di ridurre significativamente il ricorso al CV nei pazienti con ictus. I risultati necessitano di una valutazione prospettica prima che l'IO possa essere definitivamente implementata nella pratica clinica. Le misure di processo hanno ottenuto livelli di adesione accettabili e sono stati restituiti al personale infermieristico in incontri dedicati. Il ricorso al cateterismo sembra correlato a una maggiore complessità clinico assistenziale dei pazienti valutata con le scale di rischio in uso nel reparto.

L'avvio dell'informatizzazione della cartella infermieristica mediante lo strumento dell'audit come elemento di condivisione e consapevolezza

Basso A.M.[1], Bertola L.[2], Franco C.[3], Giachino Amistà M.T.[4], Limardi S.[5], Rabino C.[6], Rubiolo M.T.[7]
[1]Direttore ff S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie ASLCN1; [2]Coordinatrice Dipartimentale Area Chirurgica ASLCN1; [3]Coordinatrice Dipartimentale Area Medica ASLCN1; [4]Responsabile Funzione Qualità ASLCN1; [5]Collaboratore Professionale Sanitario Esperto ASLCN1; [6]Funzione Qualità ASLCN1; [7]Collaboratrice Professionale Sanitaria Esperta già Coordinatrice Funzione Qualità ASLCN1.

5790 Kmq: 57% montano, 19% collina; 24% pianura
429.467abitanti in 175comuni
5 pres. ospedalieri, 1 hospice
6 distretti territoriali

DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI: Lo strumento dell'Audit è stato utilizzato in azienda per realizzare un'unica cartella infermieristica, per favorire la motivazione al cambiamento nell'ottica di predisporre un singolo documento condiviso propedeutico alla prevista informatizzazione della stessa

INTRODUZIONE: L'ASL CN1 è nata dalla fusione di tre differenti ASL; essa insiste su cinque presidi ospedalieri ed è caratterizzata da modelli e strumenti organizzativi tra loro eterogenei e funzionali alle singole realtà operative. Il nostro progetto prevede la riorganizzazione delle informazioni e dei percorsi in un unico percorso condiviso a valenza aziendale.

PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI: Il progetto (2017- 2020), ideato dai coordinatori infermieristici dei dipartimenti medico e chirurgico prevede di ottenere la realizzazione condivisa della nuova cartella infermieristica mediante un programma di formazione sul campo accreditato ECM. La realizzazione di un modello in formato PDF compilabile potrà essere propedeutico alla successiva informatizzazione con il software "OPERA" in dotazione alla nostra ASL.

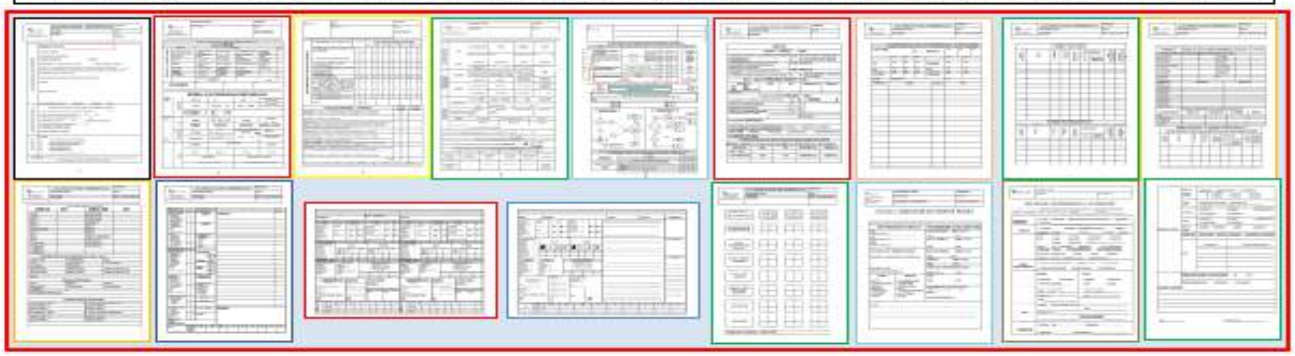
REALIZZAZIONE E MONITORAGGIO DELLE AZIONI: Sono state create 2 check list, una per dipartimento, che sintetizzavano, sotto forma di item, tutti gli argomenti e gli elementi presenti nella documentazione in uso (cartelle, schede e altro materiale) e quelli tratti dalla revisione della letteratura, contestualizzata a livello aziendale, nel caso non fossero già presenti. La check list del dipartimento medico comprendeva 190 item e quella del dipartimento chirurgico 188. Gli incontri erano strutturati secondo la tecnica dell'audit e i partecipanti dovevano verificare la presenza e l'uso degli item delle check list in campioni di documenti provenienti da reparti diversi da quelli di appartenenza.

TABELLA 1 ANALISI DEI 70 ITEM STATISTICAMENTE SIGNIFICATIVI: TOTALE*; DIPARTIMENTO MEDICO; DIPARTIMENTO CHIRURGICO*****

Tipologia delle osservazioni	N osservazioni S. significative	% osservazioni S. significative	Interpretazione dei dati
Item presenti nella documentazione esaminata e **dati rilevati** dagli operatori	26*	37,1*	Argomenti già presenti nelle documentazioni esaminate e ritenuti importanti. La combinazione di presenza dell'item e raccolta dei dati è st. significativa. Indicazione forte al mantenimento degli item nella cartella
	18**	25,7**	
	8***	11,4***	
Item presenti nella documentazione esaminata; dati **non rilevati** dagli operatori	0*	0*	Non ci sono argomenti presenti nella documentazione per i quali la carente rilevazione dei dati giustifichi in modo statisticamente significativo la loro esclusione dalla nuova cartella.
	0**	0**	
	0***	0***	
Item assenti nella documentazione esaminata; **dati rilevati** dagli operatori	2*	2,8*	La raccolta dei dati, statisticamente significativa, in assenza di item già codificati nella documentazione indica la necessità di includere questi argomenti tra quelli della nuova cartella.
	1**	1,4**	
	1***	1,4***	
Item assenti nella documentazione esaminata e **dati non rilevati** dagli operatori	42*	60*	Item proposti nelle check list ma non rilevati nella documentazione in uso. Non sono state rilevate annotazioni di dati significativamente attestanti, la necessità di includerli nella nuova cartella. Indicazione forte all'esclusione.
	15**	21,4**	
	27***	38,5***	
Totali	70*; 34**;	99,9*;48,5**	Totali delle percentuali ottenute approssimando ad un decimale

VERIFICA DEI RISULTATI: I dati raccolti sono stati elaborati statisticamente applicando il Test esatto di Fisher evidenziando gli elementi da mantenere, da escludere e da aggiungere nella nuova cartella. I dati ottenuti sono descritti nella Tabella 1. E' stato prodotto un file PDF compilabile per un suo utilizzo semi informatizzato. Il modello sarà sottoposto a un successivo periodo di prova.

CONCLUSIONI: La progettazione di una nuova cartella infermieristica permette di riesaminare i comportamenti professionali in funzione dei bisogni di salute, in costante crescita, e dei nuovi assetti organizzativi che comportano, sempre più spesso, lo spostamento intra e interdipartimentale degli operatori. L'audit ha evidenziato i vantaggi organizzativi che possono derivare dall'utilizzo di uno strumento unificato. La definizione di questa cartella infermieristica, pone le basi per migliorare l'efficacia dell'assistenza e l'efficienza organizzativa. La programmata sperimentazione sul campo permetterà di ottenere il consenso degli utilizzatori dello strumento, di individuare eventuali criticità rispetto al modello teorico e di apportare le necessarie modifiche strutturali. Nel sottostante riquadro vi sono gli elementi essenziali della versione in formato PDF compilabile della "cartella infermieristica".



Il caregiver del paziente fragile: un'analisi dei bisogni in area medica

ZAMPIERI S., Infermiera Libera Professionista, Humanitas Gradenigo, Torino.
FABBRI S., Infermiera Libera Professionista, Humanitas Cellini, Torino.
FUSCO F., Infermiera, ASL Città di Torino.
CIRIO L. Docente e Coordinatore del Corso di Laurea in Infermieristica, Torino.

INTRODUZIONE

Con l'aumento dell'aspettativa di vita e l'incremento della popolazione anziana, che soffre di una o più patologie cronico-degenerative, il caregiver ha acquisito un ruolo sempre più rilevante nell'assistenza domiciliare.
Spesso tale figura, portatrice di numerosi e complessi bisogni, non è sufficientemente preparata per ricoprire al meglio tale ruolo.
Al fine di fornire sostegno e assistenza adeguata ai pazienti dopo la dimissione, è dunque necessario educare il caregiver preparandolo alla gestione della malattia.
Presso l'Unità Operativa di Medicina Interna dell' ospedale Humanitas Gradenigo di Torino, è stato creato a tale scopo il progetto educativo "Non più soli in dimissione" rivolto ai caregiver per prepararli alla gestione delle attività assistenziali che dovranno svolgere a domicilio.

OBIETTIVO

Il presente studio costituisce la fase preliminare di tale progetto educativo, in quanto ha l'obiettivo di individuare ed analizzare i bisogni educativi specifici dei caregiver in modo tale che il personale infermieristico possa attuare il progetto educativo basandosi sulle specifiche esigenze individuate.

MATERIALI E METODI

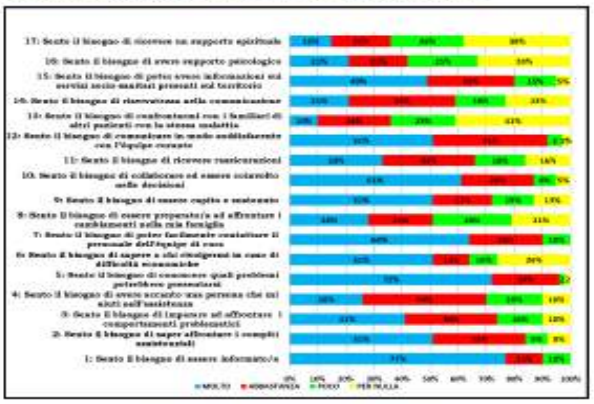
Studio osservazionale di tipo trasversale quali-quantitativo.
Sono stati inclusi nello studio i caregiver di assistiti per cui era prevista la dimissione a domicilio.
Al campione è stato chiesto di esprimere i propri bisogni attraverso il questionario Caregiver Needs Assessment (CNA).
Le tematiche emerse dal questionario sono state approfondite con delle interviste semi-strutturate condotte fino al raggiungimento della saturazione dei dati e analizzate successivamente attraverso la Grounded Theory.

CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE

Sono stati coinvolti nello studio 39 caregiver di 39 assistiti.
A tutti è stato chiesto di compilare il questionario e a 15 di loro è stata proposta l'intervista.
La maggior parte dei caregiver in esame erano figli che assistevano i genitori e prevalentemente di sesso femminile.
I dati evidenziano inoltre che il 51% dei caregiver ha mantenuto l'attività lavorativa, pur dovendola modificare nella maggior parte dei casi, in quanto l'assistenza a una persona malata occupava 4-6 ore al giorno nel 41% dei casi e l'intera giornata in un caso su tre.
Gli assistiti erano prevalentemente uomini con età media di 83 anni ricoverati principalmente per riacutizzazioni della patologia preesistente.
Il punteggio medio ottenuto dalla compilazione dell'indice di Brass era 21.

RISULTATI QUANTITATIVI

Il grafico sottostante evidenzia le risposte dei caregiver (molto, abbastanza, poco, per nulla) ai vari item del questionario.



RISULTATI QUALITATIVI

Dall'analisi delle interviste sono emerse cinque categorie principali: "Emozione di fronte all'evento acuto", "Strategie per affrontare la malattia", "Bisogni espressi", il "Rapporto con il personale" e "Il futuro.
Le emozioni maggiormente citate dai caregiver sono state la "paura"; il "dolore" e la "solitudine".
Le strategie per fronteggiare la malattia usate più frequentemente dai caregiver riguardano "l'organizzarsi in famiglia", far "leva sull'affetto" e la "resilienza".
Per quanto riguarda i bisogni emersi, i più frequentemente citati sono stati quello di "informazioni", di "sapere tecnico" ovvero di sapere come fornire assistenza nella pratica quotidiana, "supporto sociale" ed "emotivo".
Un altro tema emerso è il "rapporto con il personale" che è stato descritto prevalentemente in modo positivo ovvero da "fiducia" e "soddisfazione", tuttavia qualcuno ha dichiarato di essersi dovuto "accontentare" del servizio perchè suddiviso tra i vari pazienti.
Per quanto riguarda il futuro, la maggior parte degli intervistati ha risposto con frasi di "rassegnazione" e di "speranza", mentre per altri era "ignoto", in quanto non si sapeva con certezza l'evoluzione della patologia e le sue conseguenze.

CONCLUSIONI

I risultati evidenziano come l'esperienza del caregiver impatti su diversi aspetti della sua vita, incluso il lavoro, la salute fisica, emotiva e psicologica.
L'infermiere, tramite un percorso educativo strutturato, può fornire al caregiver le competenze di problem solving necessarie per affrontare e risolvere positivamente le situazioni di criticità.
Il processo educativo di natura terapeutica, attraverso percorsi personalizzati basati sulle esigenze individuate, può divenire per l'infermiere un significativo spazio di presa in carico del caregiver con cui creare alleanza terapeutica finalizzata alla gestione della malattia a domicilio.

COMPLICANZE DELL'IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA: PERCORSI DI CURA

AUTORI: Giombini Arianna*, Marchetti Mara**, Galosi Andrea Benedetto***

INTRODUZIONE:

Questo elaborato propone dei percorsi di cura per tre diverse complicanze dell'ipertrofia prostatica benigna. L'idea di trattare questa tematica è nata dalla partecipazione ad un congresso dal titolo "IPB con-SENSO² – Progetto di gestione integrata del paziente con Ipertrofia Prostatica Benigna (IPB)" tenutosi il 10 giugno 2017 presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, Ancona.

OBIETTIVO:

L'obiettivo è quello di promuovere un'assistenza integrata tra ospedale e territorio favorendo un ambiente collaborativo per aiutare l'assistito a ristabilire una accettabile condizione di salute. Per ogni percorso di cura il punto di riferimento iniziale è sicuramente l'ospedale, a cui la persona si rivolgerà per un trattamento acuto; poi però sarà necessaria una continuità assistenziale a livello territoriale. In questo modo si ridurranno gli accessi impropri nella struttura ospedaliera e sarà favorita l'integrazione assistenziale.

METODI:

È stata effettuata una revisione dei percorsi di cura già attivi nella Regione Marche ed è emerso che sono presenti per diverse patologie croniche, ma non sono stati creati per la ritenzione urinaria acuta o cronica, complicanze dell'ipertrofia prostatica benigna.

RISULTATI:

È stata creata una flow-chart dove viene illustrata la gestione delle tre complicanze. Per la ritenzione urinaria acuta il trattamento raccomandato è il cateterismo immediato; la persona verrà dimessa dall'ospedale con il catetere vescicale a permanenza, per questo motivo sarà necessaria una buona educazione sanitaria. Nella ritenzione urinaria cronica l'assistito viene preso in carico da un urologo che propone una terapia farmacologica o chirurgica; nel caso in cui queste non fossero efficaci si posizionerà un catetere vescicale, favorendo l'utilizzo del cateterismo ad intermittenza. Oltre a queste due complicanze vi è il caso in cui l'assistito viene sottoposto a terapia chirurgica e necessita di una adeguata educazione nella fase post-operatoria e nella gestione del catetere vescicale a domicilio; è necessario dare delle informazioni scritte al paziente, per questo motivo è stata realizzata una brochure.

CONCLUSIONI:

Garantire la continuità assistenziale è alla base di un sistema assistenziale che funziona; è necessario spiegare alla persona assistita quali sono le strutture a cui si deve rivolgere in seguito alla dimissione ospedaliera e quali accorgimenti deve mettere in atto a domicilio. Per rendere più agevole la comprensione è stata elaborata una brochure che può essere distribuita al momento della dimissione all'assistito e/o ai caregivers.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE:

European Association of Urology. Guidelines on the Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO) 2015; Regione Marche, deliberazione della giunta regionale. Linee di indirizzo per la predisposizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Piani Integrati di Cura (PIC) della Regione Marche. Ancona: 17/11/2014 delibera n.1286; Ministero della Salute. Piano Nazionale della Cronicità. 2016.

* *Infermiera neolaureata*
** *Infermiera tutor e docente C.d.L. Infermieristica Università Politecnica delle Marche*
*** *Direttore Medico della Clinica di Urologia, A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona*

XIII CONGRESSO NAZIONALE ANÍMO – BOLOGNA 12-13 MAGGIO 2018
Palazzo della Cultura e dei Congressi

L'ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO PER IL PAZIENTE SEGUITO IN REGIME DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA: ANALISI E CONFRONTO DEI MODELLI GORDON E OREM

Cocci M., Canesla-D'Ambrosi S., Marchetti M., Cucchi A.

INTRODUZIONE

La raccolta sistematica e deliberata dei dati dell'accertamento è finalizzata a migliorare la competenza dell'operatore, razionalizzare gli interventi da eseguire e pianificarne l'assistenza ai pazienti. Guida, inoltre, l'agire del professionista nel contatto umano e nel lavoro emozionale che ne scaturiscono, qualificando l'assistenza come quella combinazione unica di scienza e arte che consentono il trattamento mirato e personalizzato delle risposte di salute a problemi reali o potenziali della persona, delle famiglie o della comunità.

OBIETTIVO

Questo studio si propone, innanzitutto, la creazione di due moduli per la raccolta dati elaborati secondo i modelli Gordon e Orem costruiti per i pazienti seguiti in regime di Assistenza Domiciliare e, successivamente, la loro analisi e confronto. Se ne vuole valutare la concordanza quando i due questionari sono somministrati dal medesimo operatore e da operatori diversi.

METODI

I questionari (di cui un esempio viene riportato nella sottostante Tab.1) sono stati sottoposti a un campione di pazienti seguiti in regime di Assistenza Domiciliare Integrata presso il servizio di Cure Primarie Domiciliari e Residenziali del Distretto di Ancona. Ai pazienti reclutati (per un totale di 20 unità) e ai loro familiari sono stati spiegati gli obiettivi, le finalità, i benefici della ricerca e, data la natura puramente osservazionale dello studio e assicurando ai pazienti stessi il più completo anonimato nel rispetto delle normative sulla privacy, è stato richiesto loro il consenso informato a prenderne parte esclusivamente in forma verbale. I quesiti sono distinguibili in due gruppi: la maggior parte di essi va rivolta direttamente al paziente, fonte primaria dell'accertamento, gli altri, invece, contrassegnati dal carattere grassetto, non vengono sottoposti al paziente stesso ma sono frutto dell'osservazione diretta o dell'intuizione dell'infermiere. In alcuni casi, infine, i quesiti vengono rivolti prima al paziente e successivamente riposti anche dall'infermiere per verificare la correttezza della percezione da parte del paziente stesso delle proprie capacità fisiche e cognitive, le proprie idee, ideali e convinzioni. Le domande rivolte al paziente sono state volutamente formulate in maniera sintetica e con un linguaggio più semplificato per favorirne la comprensione. Nella maggior parte dei casi prevedono una semplice risposta del tipo SI/NO; negli altri quesiti sono state fornite più opzioni fra le quali operare una scelta. Si ritiene che una simile modalità risulti di più semplice fruizione e sia soprattutto più funzionale ai fini della raccolta dei dati in quanto evita la perdita di informazioni non riferite perché ritenute erroneamente trascurabili o per la difficoltà nell'esposizione delle stesse a causa della mancanza di scolarizzazione di alcuni dei pazienti stessi. Dalla risposta a ogni quesito l'operatore può evidenziare quella che nei questionari è indicata come *area problematica*, ossia un problema reale o potenziale a partire dal quale l'infermiere può formulare una diagnosi infermieristica NANDA. Per verificare la conformità delle valutazioni è stato scelto il *test di concordanza* applicato alle *aree problematiche* e *non problematiche* evidenziate prima fra i due moduli sottoposti ai pazienti dallo stesso operatore, poi, fra i questionari somministrati da due operatori diversi. Il valore di *k*, espressione del grado di concordanza, può variare da 0, assenza di concordanza, fino a 1, concordanza perfetta (Tab2).

PROMOZIONE DELLO SVILUPPO E DEL FUNZIONAMENTO DI SE'	Area Problematica
Considera il suo stato di salute soddisfacente? □ sì □ no	
Considera il suo problema di salute risolvibile? □ sì □ no	
Secondo lei, l'infermiere si reca a casa sua: □ esclusivamente per medicare le sue ferite/cambiare il CVC/etc... □ per eseguire prestazioni (cambio del CV, medicazioni, etc...) ma anche per insegnare a lei e alla sua famiglia (o caregiver) comportamenti che migliorino la sua salute. □ non so, non ho richiesto io il suo intervento	
Manifesta ansia o preoccupazione per la sua condizione di salute? □ sì □ no	
Verbalizza o manifesta atteggiamenti negativi verso il proprio valore □ sì □ no	
Identità di genere □ sì □ no	
la propria immagine corporea □ sì □ no	
Ha problemi a ricordare le cose? □ sì □ no	
Ha problemi a mantenere attenzione e concentrazione? □ sì □ no	
Presenta difficoltà di comprensione e comunicazione? □ sì □ no	
Presenta deliri o allucinazioni? □ sì □ no	

Tab.1: Esempio tratto dal questionario Orem

VALORI DI K	LIVELLO DI CONCORDANZA
0.81<K<1	ACCORDO MOLTO BUONO
0.61<K<0.80	ACCORDO NOTEVOLE
0.41<K<0.60	ACCORDO BUONO
0.21<0.40	ACCORDO EQUO
K<0.20	ACCORDO DEBOLE

Tab.2: Test di concordanza

RISULTATI

Entrambi i questionari, indipendentemente dall'operatore che ha effettuato la raccolta dei dati, hanno rilevato in modo concorde le problematiche del campione in esame (Tab.3). Quando somministrati da operatori diversi hanno mantenuto la medesima capacità di evidenziare le problematiche della popolazione oggetto dello studio (Tab.4 e 5).

Tab.3: Espressione del grado di concordanza fra i *questionari* somministrati dal medesimo operatore

Tab.4: Espressione del grado di concordanza fra i questionari somministrati da operatori diversi (modello Gordon)

Tab.5: Espressione del grado di concordanza fra i questionari somministrati da operatori diversi (modello Orem)

Analizzando i dati nel dettaglio, si evince, in particolare, che i due questionari sono risultati perfettamente sovrapponibili circa i Requisiti Essenziali e i Modelli Funzionali che indagano i bisogni fisiologici del paziente, complice anche la quasi completa sovrapponibilità fra i quesiti associati ad essi (Tab.6)

MODELLI FUNZIONALI	REQUISITI ESSENZIALI
Modello nutrizionale-metabolico	Mantenimento di un sufficiente quadro di idratazione e Mantenimento di una sufficiente quadro di nutrizione
Modello di eliminazione	Eliminazione
Modello di attività ed esercizio fisico e Modello riposo e sonno	Mantenimento di una sufficiente quadro di attività e Mantenimento di equilibrio fra attività e riposo

Tab.6: Modelli Funzionali e Requisiti Essenziali

MODELLO OREM	MODELLO GORDON
Attività fisiche	Modello Nutrizionale-Metabolico
Pulizia dell'ambiente	
Disponibilità e adeguatezza delle risorse	
Orientamento Socio-Culturale e Spirituale	Modello Valori e Credenze
Bisogno di aiuto di tipo sviluppato	
Bisogno di Cura e Assistenza di Base di Salute	

Tab.7: Modelli e Requisiti che analizzano la dimensione psico-sociale

Le differenze sostanziali fra i due moduli si evidenziano soprattutto nelle sezioni presenti sul questionario costruito secondo il modello di Dorothea Orem che trovano parzialmente o non trovano affatto un modello funzionale corrispondente nel questionario costruito secondo la teoria di Marjory Gordon e dalle quali si sono evidenziate molte delle aree problematiche di questa tipologia di pazienti. Si tratta, più nello specifico, di aspetti pertinenti la dimensione psicologica e sociale (Tab.7).

CONCLUSIONI

La scelta di un modello teorico è basilare nella costruzione della documentazione infermieristica; per tale ragione selezionare quello che sia più adeguato rispetto alla realtà clinica nella quale si opera risulta un prerequisito indispensabile per poter identificare correttamente le problematiche dei pazienti e pianificarne in seguito l'assistenza.

BIBLIOGRAFIA

Ford P., Blackburn S. Heath h., McCormack B., Phair L., Nursing assessment and older people: A Royal College of Nursing toolkit, *RCN*, 2004; 12(4). 321-327
Gordon M., *Nursing Diagnosis: Process and Application* (3ed). New York: Ed. St. Louis 1994
Munroe B., Curtis K., Considine J., Buckley T., The impact structured patient assessment frameworks have on patient care: an integrative review, *JCN*, 2013; 22(3). 2991-3005
Orem D., *Nursing concepts of practice* (6ed), New York: Ed. St. Louis 2010

INTENSITA' CLINICA E COMPLESSITA' ASSISTENZIALE NEL PERCORSO DI CURA

AUTORI: Emanuela Delli Compagni[1], Letizia Tesei[2], Arianna Pasquaretta[3]
1: Infermiera Asur Marche Area Vasta 5 Ascoli Piceno. 2: Infermiera ANIMO, Associazione Nazionale Infermieri Medicina, Gruppo ricerca. 3: Infermiera Asur Marche Area Vasta 3 Civitanova Marche.

INTRODUZIONE

La pianificazione della dimissione, specie dei pazienti fragili rappresenta il momento che assicura un'attenta valutazione clinico-assistenziale e gli interventi gestionali, organizzativi e informativi necessari per un appropriata presa in carico da parte di altri operatori. La valutazione e la individuazione dei pazienti sotto il profilo della intensità clinica e complessità assistenziale attraverso schede di dimissione ospedaliera nel passaggio da un setting assistenziale ad un altro e quindi anche al contesto territoriale, vengono raccomandate all'interno delle normative nazionali vigenti. (D.M. n.70 del 2/04/2015).

OBIETTIVI

Rilevare la complessità assistenziale e la stabilità/instabilità clinica in fase di dimissione ospedaliera e analisi della significatività statistica con alcune delle variabili categoriche considerate nella scheda di dimissione.

METODI

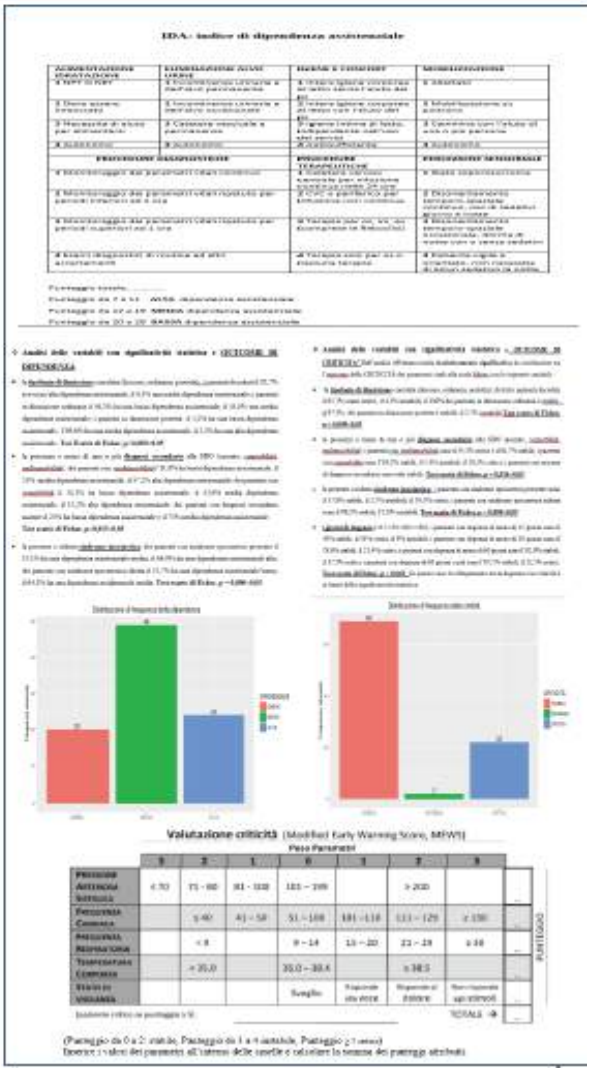
Studio osservazionale trasversale.
Target: tutti i pazienti in fase di trasferimento dal setting di una Medicina Post Acuzie verso altri setting in un periodo di 5 mesi. La scheda infermieristica comprende la scala di criticità Modified Early Warning Score (MEWS) e la scala Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA). Gli outcome considerati si correlano a variabili categoriche ordinali e nominali alcune visionate alle SDO: *il sesso; la condizione socio-familiare; la diagnosi principale; la diagnosi secondaria; la sindrome ipocinetica; la tipologia di dimissione; i giorni di degenza.*

RISULTATI

Sono state analizzate 93 schede nel periodo considerato.
Analizzando gli score relativi alla scala MEWS risulta che il 74,2% dei pazienti è stabile, il 2,1% instabile, il 23,7% critico. Analizzando gli score relativi alla scala IDA dei pazienti risulta che il 21,5% ha una bassa dipendenza assistenziale, il 52,7% ha una media dipendenza assistenziale, il 25,8% ha un'alta dipendenza assistenziale. Relativamente agli outcome considerati, sono tre le variabili che hanno una significatività statistica al test esatto di Fisher: la tipologia di dimissione (Mews: p = 0,000<0,05, IDA p=0,000<0.05), la presenza o meno di diagnosi secondarie (Mews p = 0,016<0,05, IDA p=0,013<0,05), la presenza o ridotta sindrome ipocinetica (Mews p = 0,000<0,05, IDA p = 0,000<0,05).

CONCLUSIONI

La continuità assistenziale e la pianificazione della dimissione implicano un effettivo trasferimento di conoscenze tra i diversi professionisti che si susseguono nel percorso di cura. La rilevazione della complessità assistenziale e della stabilità clinica del paziente in fase di trasferimento forniscono informazioni a garanzia di una scelta piu' appropriata del setting ed una piu' efficace presa in carico.



SPIRITUALITA' NEL FINE VITA IN AREA MEDICA

Autori
Beatrice Pisani RIAF area medica; Alessandro Bazzani educatore spirituale U.F. cure palliative; Team Infermieri setting P; Antonello Perrella Direttore U.O. Pneumologia; Bruno Marzocchi Direttore U.F. cure palliative Azienda Usl sud est toscana P.O. Misericordia Grosseto

Obiettivo principale del progetto è che le persone si sentano sostenute e accolte nel percorso di fine vita, offrendo punti di vista che riducano ansie e paure, accompagnandole fino alla fine con valore e dignità, qualunque siano le loro scelte.

Nella fase finale della vita, le persone tendono ad avere una maggiore sensibilità verso le questioni spirituali. Un approccio spirituale consente di portare l'attenzione su qualcosa di più grande di noi, qualunque nome gli si dia, anche non religioso. Infatti le persone possono avere come riferimento una religione, oppure valori e ideali più grandi (libertà, giustizia, onestà), o teorie scientifiche o idee personali.
La spiritualità nel fine vita prende spunto da esperienze già avvenute in hospice e riportate, con alcune modifiche e in modo sperimentale, in altri setting ospedalieri.

La sperimentazione è iniziata a ottobre 2017, con alcune riunioni sulla spiritualità fra l'educatore dell'Hospice, infermieri, medici e OSS del setting P (reparto UO Pneumologia).
Dal 2017 ad oggi ci sono state 13 richieste di intervento spirituale. Il progetto nel corso del 2018 è andato avanti mediante riunioni formative di altri setting, quali l'U.O. Neurologia e U.O. Malattie Infettive.

I risultati della sperimentazione saranno elaborati a ottobre 2018 mediante la raccolta dei dati ottenuti dalla somministrazione dei questionari