

XVI CONGRESSO FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI

BOLOGNA 22-23-24 MARZO 2012

Palazzo dei Congressi

PROFESSIONISTI NEL CUORE DEL FUTURO



ENTRA >

Innovazione ed esperienze
di buona pratica infermieristica

www.ipasvi.it



 **IPASVI**
Federazione Nazionale Collegi Infermieri

<Indietro

Avanti>

Grazie!

Oltre 170 colleghi hanno risposto all'invito di proporre un loro contributo al XVI Congresso nazionale Ipasvi. Un successo che testimonia la loro volontà di partecipazione e, soprattutto, la ricchezza di progettualità e di idee degli Infermieri italiani. Se la cultura è quanto concorre alla formazione dell'individuo sul piano intellettuale e morale e all'acquisizione della consapevolezza del ruolo che gli compete come singolo e come appartenente a una collettività, ebbene gli Infermieri vogliono ora manifestare e mettere a disposizione del Paese la "loro" cultura.

Una cultura che può essere forza innovativa per definire e garantire nuove modalità di risposta ai bisogni di salute della popolazione, che emergono in tutta la loro rilevanza; una cultura che affianca e integra quella di altri gruppi professionali per delineare e costruire una risposta sanitaria altamente efficace, in cui sia sempre più trasparente e integrato l'apporto di chi diagnostica e cura le patologie e di chi cura e assiste la persona.

Il XVI Congresso della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi guarda al futuro del "sistema salute" e del Paese. Un futuro in cui il ruolo, le funzioni e la presenza forte, intellettualmente e culturalmente vivace degli Infermieri non potranno che essere valore aggiunto per la collettività. La professione infermieristica ha di fronte un'altra fase storica: quella della consapevolezza del proprio valore professionale e della volontà di un impegno ancora più ampio e responsabile. Fase che dovrà continuare a coniugarsi con l'orgoglio professionale, la progettualità di sistema, la valorialità e l'etica della responsabilità.

Forte è la convinzione che l'insieme di tutti i contributi costituisca per il gruppo professionale un patrimonio da valorizzare; tuttavia, tra le oltre 170 proposte pervenute, è stata necessariamente attuata una valutazione dei lavori proposti e ne sono stati individuati 13 che verranno direttamente presentati al Congresso.

Il Comitato Centrale, pertanto, ha deciso di inserire ogni contributo in questa *pen drive*, distribuita ai partecipanti al Congresso, e di rendere disponibili tali contributi alla comunità professionale attraverso il portale della Federazione.

Ancora grazie a nome mio personale e di tutto il Comitato Centrale della Federazione!

La Presidente
Annalisa Silvestro

<Indietro

Avanti>

Indice

Progetti presentati al XVI Congresso Nazionale Ipasvi

Bergamo

Ambulatorio infermieristico per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee
Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo

Bologna

Organizzazione assistenziale per complessità: primi risultati di una sperimentazione
USL di Bologna

Brescia

Livelli di sviluppo e certificazione/abilitazione delle *performance*
Fondazione Poliambulanza

Firenze

Sanità d'Iniziativa: l'infermiere, le cure primarie e l'educazione alla salute
Azienda Sanitaria Firenze

Modena e Carpi

La venipuntura tramite cute o catetere a media-lunga permanenza: il disagio del paziente
AUSL di Modena

Napoli

Filo di Arianna: un progetto per migliorare le capacità e le competenze del *caregiver*
Azienda Ospedaliera dei Colli Presidio Cotugno

Palermo

Un'esperienza che punta alla qualità: la valutazione delle competenze
ISMETT

Pavia

Validazione di uno strumento per l'organizzazione dell'assistenza infermieristica
IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo

Legenda:  Progetto  Sperimentazione

La pubblicazione dei progetti ha previsto, in ottemperanza alla normativa sulla privacy, formale autorizzazione da parte degli Autori.

<Indietro

Indice

Avanti>

Perugia

Qualità delle cure in Terapia Intensiva. IDeA Study (*Italian Delirium Assessment*)

Azienda Ospedaliera di Perugia

Roma

Ascoltare il silenzio: una ricerca *narrative based* sull'assistenza alle donne vittime di violenza

Collegio IPASVI di Roma

Sanremo (IM)

Il Servizio di Counselling nel paziente Hiv+

A.S.L. 1 Imperiese

Torino

La tutela della salute in tirocinio. Descrizione dei vissuti e dei comportamenti degli studenti

Azienda Ospedaliero-Universitaria San Giovanni Battista di Torino

Udine

Studio RIASI (Rischio Insuccesso Accademico Studenti Infermieri)

Università degli Studi di Udine/Trieste

<Indietro

Indice

Avanti>

Tutti i contributi proposti

Albese con Cassano (CO)

Informatizzazione (*paper-free*) del Fascicolo Socio-Sanitario in RSA e RSD: comparazione (cartaceo VS informatizzato) dei risultati sulla natura/qualità delle informazioni registrate

Casa di Cura Villa San Benedetto

Asti

Formazione specifica dell'OSS in sala operatoria

ASL AT

Asti

Sostegno all'apprendimento del ragionamento clinico dello studente infermiere: risultati di una sperimentazione nel Corso di laurea in Infermieristica della sede di Asti

Università degli Studi di Torino

Bari

Adozione del sistema "*Family Centered Care*"

Collegio Ipasvi BARI

Bellaria - Igea Marina

Elaborazione, sperimentazione e audit sul Foglio Unico di Terapia (FUT) in 3 Case di Riposo/protette della Romagna

La Riabilitazione srl

Belluno

Gestione proattiva del rischio clinico in sala operatoria mediante l'applicazione del metodo FMECA

ULSS 1 Belluno

Belluno

Introduzione e implementazione di strumenti per la prevenzione delle cadute in Ospedale:

"Progetto di formazione sul campo"

ULSS 1 Belluno

Belluno

Educazione del paziente affetto da scompenso cardiaco cronico

ULSS 1 Belluno

Bergamo

Pronto Intervento Diagnostico

Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo

Bergamo

Centrale Dimissioni Protette

Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo

<Indietro

Indice

Avanti>

Biella

Progetto *Care Manager*

ASL BI - Biella

Biella

Progetto *Florence*

ASL BI - Biella

Bologna

Valutazione d'impatto clinico-assistenziale-organizzativo di interventi a gestione infermieristica su pazienti *frequent users* di PS e ricoveri

AUSL di Bologna

Boscotrecase (NA)

Corso di accompagnamento alla nascita come approccio ad una nuova strategia per il miglioramento della copertura vaccinale

ASL NA 3 SUD (ex NA 5)

Brescia

Tutoring per l'inserimento Coordinatore Infermieristico di UO

SITRA

Brescia

L'utile prericovero: un servizio per migliorare la relazione fra Ospedale e utente

Istituto Clinico Città di Brescia

Brescia

Gestione della terapia del dolore acuto post operatorio: ruolo e competenze del *nurse* di Anestesia

Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero

Busto Arsizio e Tradate

La presa in carico dei pazienti con disturbo *borderline* di personalità: il Centro Psico-sociale come base sicura

Azienda Ospedaliera Busto Arsizio - Saronno e Tradate

Castelvetro Piacentino

Scala Biazzi per la valutazione del rischio di cattivo sonno nella Terza Età

Istituto "Emilio Biazzi" I.P.A.B

Como

Nas-Neonatale: strumento di rilevazione dell'attività infermieristica in terapia intensiva neonatale (TIN)

Ospedale Valduce

Cremona

Progettazione di un *audit* clinico-organizzativo sulla prevenzione del rischio caduta in un Dipartimento di riabilitazione

Casa di cura Ancelle della Carità

<Indietro

Indice

Avanti>

Cuneo

Assistenza alla fine della vita: applicazione della cultura esistenzialista alla pratica infermieristica

Azienda Sanitaria Ospedaliera Santa Croce e Carle

Cuneo

Studenti del C. L. I. nell'assistenza per *équipe*

Azienda Sanitaria Ospedaliera Santa Croce e Carle

Cuneo

Scheda Infermieristica in Pronto Soccorso

Azienda Sanitaria Ospedaliera Santa Croce e Carle

Empoli

Il *Nursing* Avanzato nella complessità di cura: personalizzazione dell'assistenza e ottimizzazione delle risorse

Azienda USL 11

Ferrara

Governo del processo di formazione continua dei professionisti sanitari: standardizzazione di percorsi e utilizzo di *check list* per il monitoraggio delle attività all'interno di un sistema gestionale informatizzato

Gruppo Format

Firenze

Realizzazione di un Team Infermieristico per l'impianto di cateteri vascolari con tecnica ecoguidata

Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi

Firenze

Progetto "La Memoria del Prendersi Cura"

Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi

Firenze

La Storia dell'Infermiere Militare nel corso dei 150 anni dell'Unità d'Italia

Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare

Firenze

Valutazione Infermieristica dei Rischi per l'Assistenza

Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi

Firenze

L'accesso ai servizi e alle cure dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi da parte degli immigrati stranieri

Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi

Firenze

Il Coordinamento delle Dimissioni Complesse nell'Azienda Sanitaria di Firenze

Azienda Sanitaria di Firenze

<Indietro

Indice

Avanti>

Firenze

Il paziente in un clic

ASL10 Firenze

Firenze

Ottimizzazione della postazione di lavoro: le 5s

ASL 10 Firenze

Firenze

"Supply Chain": la *Reception* di linea come strumento di logistica integrata alle Linee Assistenziali

ASL 10 Firenze

Firenze

Visual Management: il pannello di *performances* nelle linee assistenziali

ASL 10 Firenze

Firenze

Tavolo di coordinamento e di monitoraggio come strategia di comunicazione

ASL 10 Firenze

Firenze

Isolamento a colori: Il valore della comunicazione nella prevenzione del rischio infettivo

Azienda Sanitaria di Firenze

Genova

Studio pilota presso la Struttura Semplice *Hospice* dell'Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro in merito alla correlazione tra competenza e soddisfazione sul lavoro del personale infermieristico

IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST Istituto Nazionale per la Ricerca contro il Cancro

Imola

Nuova organizzazione ambulatoriale (NOA) - Sperimentazione di un percorso clinico assistenziale integrato

Ospedale - Territorio

AUSL di Imola

Imola

Riorganizzazione del Punto di Accesso Distrettuale alle Cure Domiciliari in Punto Unico Aziendale di Accesso all'Assistenza Territoriale

AUSL di Imola

Imola

La valutazione delle competenze cognitive nel ragionamento clinico

AUSL di Imola

Imola e Borgo Tossignano

Sperimentazione di una funzione di ascolto e consulenza telefonica a gestione infermieristica nell'ambito di alcune Medicine di Gruppo dell'AUSL di Imola

AUSL di Imola

<Indietro

Indice

Avanti>

Ivrea

Gestire la dimissione

ASL TO4

Lecco

Il professionista infermiere in una nuova sfida: il servizio continuità delle cure

ASL Lecco

Limbiate

Le ricadute del codice deontologico nella pratica infermieristica

ASL Monza Brianza

Limbiate

Programma di riduzione delle cadute in una residenza psichiatrica lombarda

ASL Monza Brianza

Lucca

Sviluppo delle Comunità di Pratica (CdP) su tematiche organizzativo-assistenziali

ASL 2 Lucca

Lucca

Ricerca applicata sull'adozione della buona pratica di misura e gestione del dolore all'interno dell'Asl 2 Lucca

ASL 2 Lucca

Lucca

Sanità di iniziativa e infermiere di famiglia nell'Azienda USL 2 di Lucca

ASL 2 Lucca

Lugano

Scuolavisione

Scuola Superiore Medico-Tecnica, SSMT

Macerata

Certificazione ISO 9001: esperienza UU.OO. Urologia Nefrologia di Macerata

ASUR Marche

Marostica

Migliorare la relazione d'aiuto infermieristica con la persona affetta da demenza in strutture residenziali, mediante l'applicazione sperimentale di un piano assistenziale

Azienda Sanitaria ULSS 3 Bassano del Grappa

Milano

Ridefinizione della continuità assistenziale nel contesto milanese: il contributo strategico dell'Infermiere Dirigente

IRCCS San Raffaele

<Indietro

Indice

Avanti>

Milano

L'implementazione del *Primary Nursing* nell'Istituto Europeo di Oncologia (IEO)
Istituto Europeo di Oncologia (IEO)

Milano

Enhanced Recovery After Surgery: dalle evidenze scientifiche alla pratica
Ospedale San Raffaele di Milano

Milano

Audit retrospettivo della documentazione infermieristica
Ospedale San Raffaele

Milano

Progettare l'insegnamento delle docenze di Infermieristica clinica a partire dalle competenze attese
Università Vita-Salute San Raffaele - IRCCS Ospedale San Raffaele del Monte Tabor

Milano

Implementazione di percorsi educativi per pazienti prostatectomizzati e isterectomizzati
IRCCS Ospedale San Raffaele del Monte Tabor

Milano

La valutazione dell'Indice di Intensità Assistenziale
Ospedale Niguarda Ca' Granda

Milano

Effetti di un programma multidimensionale per la riduzione della contenzione fisica
Collegi IPASVI MI-LO-MB/BS/AO

Milano

Servizio Continuità Assistenziale IEO
Istituto Europeo di Oncologia

Milano

Formazione Cure Palliative
Istituto Europeo di Oncologia

Milano

Danzare la vita e curare
RSA

Mirandola

Percorso *Fast-Ped* in un Pronto Soccorso Generale di un Ospedale Hub privo di Pronto Soccorso Pediatrico:
la presa in carico infermieristica dei bambini a bassa gravità
Azienda Sanitaria Modena

<Indietro

Indice

Avanti>

Modena

Terapie intensive aperte e “il punto di vista” degli operatori sanitari: uno studio qualitativo

Azienda Ospedaliero - Universitaria Policlinico

Montericco di Albinea - (RE)

La partecipazione del paziente alle consegne infermieristiche

Casa Madonna dell’Uliveto - Centro Residenziale Cure Palliative - Hospice

Monza (MB)

L’esperienza di un modello di insegnamento clinico innovativo: l’Unità Educativa Dedicata

Azienda Ospedaliera San Gerardo - Università degli Studi di Milano Bicocca

Monza (MB)

Validazione dello strumento “*Patient Participation in Emergency Department*” in lingua italiana

Azienda Ospedaliera San Gerardo - Università degli Studi di Milano Bicocca

Napoli

Unità di valutazione infermieristica per le lesioni da pressione

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale A. Cardarelli

Napoli

Progetto per la creazione ufficiale di un Servizio medico-infermieristico Aziendale

per l’impianto e la gestione dei cateteri venosi centrali ad inserimento periferico (Picc)

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale A. Cardarelli

Ovada

La ricerca del consenso su un prototipo di profilo di competenze dell’Infermiere inserito in un contesto ospedaliero di base: dalla concettualità ai risultati

ASL AL

Palermo

Un Infermiere in famiglia

Policlinico di Palermo

Parma

Percorso Clinico-Diagnostico per un’assistenza di qualità in ambulatorio di fluorangiografia e terapia fotodinamica in una Clinica Oculistica di Parma

Ospedaliera Università di Parma

Pinerolo

La sorveglianza dei Cateteri Venosi Centrali

ASL TO 3

<Indietro

Indice

Avanti>

Pinerolo

Creazione e implementazione di uno strumento che consenta al professionista Infermiere la corretta individuazione e utilizzo dei presidi antidecubito
ASL TO 3

Poggibonsi (SI)

Home care e Coaching familiare
Azienda USL 7 Siena

Racconigi (CN)

La narrazione come “cura” dell’anima per Infermieri e Medici
ASL CN 1

Reggio Emilia

Educazione terapeutica per utenti con scompenso cardiaco
Ausl Reggio Emilia

Reggio Emilia

Validazione dello strumento di valutazione del tirocinio
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Reggio Emilia

Il processo *Evidence Based Practice* nella formazione di I livello: un percorso triennale
Università degli studi di Modena e Reggio Emilia

Reggio Emilia

Il cateterismo venoso nel percorso assistenziale: attivazione di un progetto aziendale
Arcispedale S. Maria Nuova - IRCCS

Rimini

L’integrazione dell’Infermiere *Case Manager* dell’Assistenza Domiciliare all’interno del Nucleo Operativo Aziendale di Continuità assistenziale come elemento facilitatore nel processo di dimissione protetta
USL Rimini

Roma

Progetto di miglioramento della qualità dell’assistenza e la sicurezza del paziente:
prevenzione delle lesioni da decubito nel bambino
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Roma

Il corpo al lavoro: guida alla gestione della postura e alla cura della propria persona
ASL Roma B

<Indietro

Indice

Avanti>

Roma

Progetto di ricerca sull'utilizzo della pressione negativa (TNP) nell'ASL ROMA B nel trattamento delle lesioni cutanee difficili
ASL Roma B

Roma

Metodi e Tecniche di Immaginazione Guidata
ASL Roma B

Roma

Lo stile di *leadership* dei Coordinatori e la Salute Organizzativa degli Infermieri: un modello di equazioni strutturali
Università Tor Vergata

Roma

Utilizzo ed effetti dell'Immaginazione Guidata Semplice (IGS) sul livello del dolore e della tensione psicofisica su un gruppo di pazienti dell'Ospedale Pertini e di Rebibbia
ASL Roma B

Roma

Case management infermieristico nella gestione del PDTA del paziente affetto da Carcinoma della laringe
ASL Roma B

Roma

L'ICM nel PDTA di *Day Surgery* del paziente in regime di restrizione della libertà
ASL Roma B

Roma

Infermiere *Case Manager* nel percorso clinico-assistenziale ambulatoriale in pazienti affetti da Tumore colon-rettale
ASL Roma B

Roma

Il *case management* infermieristico nella disabilità degli adulti
ASL Roma B

Roma

Il *Case Management* infermieristico nel percorso assistenziale degli utenti in assistenza domiciliare prestazionale
ASL Roma B

Roma

Infermiere *Case Manager* nel percorso assistenziale del paziente affetto da I.R.C.T in trattamento dialitico
ASL Roma B

Roma

Il *Case Management* infermieristico nel percorso assistenziale domiciliare dei pazienti in ventilazione meccanica invasiva e non invasiva e dei pazienti affetti da SLA
ASL Roma B

<Indietro

Indice

Avanti>

Rovato (BS)

Gestione Dimissioni Difficili

Fondazione Don Gnocchi ONLUS

Rovato (BS)

Gestione Infermieristica dell'Unità Operativa Post Acuti

Fondazione Don Gnocchi

Rovato (BS)

Organizzazione dell'assistenza riabilitativa per complessità assistenziale

Fondazione Don Gnocchi

Rovigo

La completa integrazione delle informazioni assistenziali: esperienza di informatizzazione della cartella clinica nell'ULSS 18 Rovigo

ULSS 18 Rovigo

Rozzano (MI)

Creazione e implementazione scheda *Assessment* per il personale di supporto presso l'Istituto Clinico Humanitas

Istituto Clinico Humanitas

Rozzano (MI)

Applicazione e valutazione del "*Distress Thermometer*" in Pazienti con Carcinoma della mammella: studio presso l'Istituto Clinico Humanitas

Istituto Clinico Humanitas

Rozzano (MI)

Progetto Qualità finalizzato alla prevenzione del dolore procurato/procedurale nei pazienti presso l'Istituto Clinico Humanitas

Istituto Clinico Humanitas

Savigliano (CN)

La cartella infermieristica in Chirurgia: scrivi quello che fai, fai ciò che scrivi, dimostra ciò che hai fatto, pensa a come migliorarlo

ASL CN 1

Siena

Implementazione Cartella Infermieristica ICACODE nelle aree infermieristiche territoriale e ospedaliera della USL 7 di Siena

Azienda USL 7 di Siena

Siena

Riorganizzazione dell'Area Chirurgica in relazione alle giornate di degenza presunte e secondo il modello per intensità di cure

USL 7 Siena

Siena

La sperimentazione toscana del *See and Treat*: possibile scelta paradigmatica per il futuro dell'Infermiere

AUSL 7 di Siena

<Indietro

Indice

Avanti>

Solaro

Valorizzare la professione infermieristica sul territorio: lo Studio associato tra professionisti come formula vincente
Studio Infermieristico Associato Cecchetto, Salvatori e Associati

Torino

La comunicazione ipnotica nella gestione del dolore e dell'ansia da procedure diagnostico-terapeutiche:
dalla teoria alla pratica
Azienda Ospedaliero - Universitaria San Giovanni Battista Torino

Torino

Il profilo di posto e il processo di valutazione: quale integrazione? Esperienza dell'azienda sanitaria TO 2 di Torino
ASL TO 2

Torino

L'ambulatorio Infermieristico Ospedaliero nell'ASO Mauriziano di Torino
ASO Mauriziano

Torino

Il *Primary Nursing*: modello organizzativo per la gestione solistica del paziente oncologico post chirurgico
del distretto cervico-facciale
Azienda Ospedaliero - Universitaria San Giovanni Battista Torino

Torino

Il *peer mentoring*: un'esperienza formativa condotta con gli studenti del Corso di laurea
in Infermieristica dell'Università degli Studi di Torino
Azienda Ospedaliero - Universitaria San Giovanni Battista di Torino

Torino

Valutazione dell'empatia emotiva degli studenti laureandi nel Corso di laurea in Infermieristica di Torino
Azienda Ospedaliero - Universitaria San Giovanni Battista di Torino

Torino

Valutazione d'efficacia dell'insegnamento dell'Educazione Terapeutica tra gli Studenti del Corso di laurea in Infermieristica di Torino
Azienda Ospedaliero - Universitaria San Giovanni Battista di Torino

Torino

Tocco Armonico - Il massaggio lento
ASL TO5 e Ospedale Molinette di Torino

Torino

Formazione al "Tocco Armonico"
Azienda Ospedaliero - Universitaria San Giovanni Battista di Torino

<Indietro

Indice

Avanti>

Torino

L'efficacia dell'utilizzo del video come strumento di *refresh* e rinforzo per l'insegnamento delle tecniche infermieristiche:
uno studio RCT
Università degli Studi di Torino

Torino

Teatro e formazione sanitaria
Azienda Ospedaliero - Universitaria San Giovanni Battista di Torino

Torino

Ricerca di consenso sulle competenze attese dell'Infermiere libero professionista che opera sul territorio
nell'ambito di Gruppi di Cure Primarie
Azienda Ospedaliero - Universitaria San Giovanni Battista Torino

Torino

La comunicazione dell'evento avverso: analisi conoscitiva presso il Presidio Ospedaliero
"Torino Nord Emergenza - S. Giovanni Bosco"
ASL TO2

Torino

Descrizione di un'esperienza di formazione continua per Formatori del Corso di laurea in Infermieristica di Torino
Università degli Studi di Torino

Torino

Un'esperienza di Area di Cura Semintensiva chirurgica: da un sogno alla realtà
Mauriziano Umberto I

Torino

Progetto Aura
Università degli Studi di Torino, ASL TO2

Udine

Studio esplorativo-osservazionale sulla percezione del personale del Comparto Sanitario relativamente al processo
di valutazione delle *performances* dell'anno 2010, condotto presso l'Azienda OspedalieraU. "S. Maria della Misericordia"
di Udine
Azienda Ospedaliero - Universitaria "S. Maria della Misericordia" di Udine

Udine

Analisi del modello organizzativo di ristorazione: valutazione di impatto attraverso l'*Health Technology Assessment* (HTA)
nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine (Azienda Ospedaliero-UniversitariaD)
Azienda Ospedaliero - Universitaria "S. Maria della Misericordia" di Udine

<Indietro

Indice

Avanti>

Udine

Il trasferimento delle informazioni clinico assistenziali al cambio turno nei Reparti di Medicina nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine (A.O.U.): STUDIO PRE sulla continuità delle cure
Azienda Ospedaliero - Universitaria "S. Maria della Misericordia" di Udine

Urbino

L'infermiere *Tutor* nel blocco operatorio per favorire la multidisciplinarietà
ASUR Area Vasta 1

Valentano (VT)

La presa in carico della persona affetta da piede diabetico, un'assistenza da programmare per l'integrazione ospedale-territorio
ASL VT

Varese

L'attivazione di una Sezione di Apprendimento Clinico (SdAC) per migliorare l'apprendimento degli studenti del Corso di Laurea per Infermiere (CLI) riducendo il gap teoria-pratica
Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo e F. Macchi" di Varese

Venezia

Progetto Apprendimento
Ospedale San Raffaele Arcangelo

Voghera (PV)

Introduzione della *check list* del *time out* in un Comparto Chirurgico:
i risultati di un progetto di miglioramento in una azienda ospedaliera
Azienda Ospedaliera Pavia

TITOLO	Ambulatorio infermieristico per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee
Azienda	Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo
Dipartimento/Distretto	Direzione delle Professioni Sanitarie
Unità operativa	Direzione delle Professioni Sanitarie
Città	Bergamo
Indirizzo (della struttura)	Largo Barozzi, 1
Email	mcasati@ospedaliriuniti.bergamo.it
Referente (unico) per contatti	Casati Monica , Responsabile Ricerca Formazione e Sviluppo
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Vavassori Angela , Coordinatrice Infermieristica Ambulatorio Infermieristico per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee acute e croniche Lo Palo Emilia , Infermiera Ambulatorio Infermieristico per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee acute e croniche Rinaldi Rossana , Infermiera Ambulatorio Infermieristico per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee acute e croniche Rota Domitilla , Infermiera Ambulatorio Infermieristico per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee acute e croniche Tomasoni Laura , Responsabile Dipartimento di Chirurgia Direzione delle Professioni Sanitarie Cesa Simonetta , Dirigente Dipartimento di Chirurgia Direzione delle Professioni Sanitarie
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Dicembre 2007
Progettazione terminata il	Dicembre 2010
Obiettivo del Progetto	L'Ambulatorio infermieristico è stato attivato il 03 dicembre 2007 e si era posto l'obiettivo di trattare le lesioni cutanee chirurgiche, traumatiche e le ustioni di 1° e 2° come prima fase del progetto. Oggi l'Ambulatorio infermieristico si pone l'obiettivo di: <ul style="list-style-type: none"> - ampliare le prestazioni includendo altri tipi di lesioni; - mantenere il lavoro multidisciplinare; - attuare il trattamento più adeguato alle conoscenze cliniche e al tipo di lesione considerata. <p>La cronicità di tali lesioni caratterizza la messa a punto di scelte terapeutiche ottimali finalizzate a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evitare insorgenza di infezioni con seguenti ricoveri ospedalieri ed aumento dei costi complessivi; - aiutare il paziente che ne è affetto a migliorare la propria qualità di vita rispetto ai disagi correlati alla presenza della lesione. <p>L'<i>endpoint</i> della cura delle ulcere non è necessariamente il tasso di guarigione, ma deve tenere conto di altri aspetti quali il controllo dell'infezione, del dolore, delle secrezioni, dell'odore e di tutti quegli aspetti che riguardano la qualità di vita relazionale del paziente.</p>
Strutture coinvolte	Dipartimento/Distretto Azienda
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	L'Ambulatorio infermieristico rappresenta un nuovo modello di organizzazione e gestione dell'assistenza infermieristica in grado di rispondere con competenza alle diverse esigenze della collettività. Può inoltre rappresentare un importante riferimento per la continuità assistenziale, considerato che attualmente molti pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere hanno necessità di continuare ad effettuare determinate prestazioni sanitarie. Alcune di queste prestazioni rientrano nel campo definito "cura delle lesioni cutanee" (<i>wound care</i>). Essendo la gestione delle L.d.P. una problematica rilevante, che incide sulla spesa sanitaria e sociale in modo importante, è necessario trovare delle strategie operative le più appropriate possibili, che siano in grado di:

	<ul style="list-style-type: none">- attivare servizi orientati alla consulenza e presa in carico dei pazienti affetti da questa patologia;- assicurare il più alto livello in termini di qualità di prestazioni;- ridurre al minimo quella parte di variabilità che nelle decisioni cliniche è legata alla carenza di conoscenze ed alla soggettività dei criteri di scelta nelle attività assistenziali e strategie di cura.
Percorso sperimentale	<p>Si è proceduto a:</p> <ul style="list-style-type: none">- attivare un percorso ambulatoriale per la presa in carico delle persone con lesioni da pressione;- attivare un percorso per la gestione dei pazienti con lesioni venose e arteriose estese e multiple con la metodica dell'elasto-compressione;- attivare un percorso ambulatoriale per la gestione degli esiti di trauma;- elaborare protocolli di prevenzione e di trattamento delle lesioni cutanee;- fornire la consulenza per la loro corretta applicazione ai colleghi delle USC dell'Azienda per rendere uniforme l'approccio al paziente con lesioni e per garantire la continuità delle cure presso l'ambulatorio dedicato. <p>Per il 2011 è in programma di:</p> <ul style="list-style-type: none">- rivedere la procedura di prevenzione e di trattamento delle lesioni da pressione disponibili a livello aziendale;- organizzare percorsi formativi rivolti al personale dell'Azienda al fine di fare acquisire un buon livello di conoscenze scientifiche rispetto all'argomento e poter porre le basi per un atteggiamento comune rispetto alle evidenze di <i>best practice</i>.
Indicatori di processo	<p>Si riportano i dati relativi all'attività svolta dal dicembre 2007 a dicembre 2010. Si sono valutati:</p> <ul style="list-style-type: none">- N. accessi e N. prestazioni erogate da dicembre 2007 a dicembre 2010;- tipologia delle lesioni cutanee trattate;- N. consulenze;- agenda delle prenotazioni autogestita dall'Ambulatorio infermieristico.
Indicatori di risultato	<p>I dati relativi al numero degli accessi e alle prestazioni erogate sono ricavati sia dal sistema informativo sia dalla documentazione dell'Ambulatorio infermieristico.</p> <p><i>Accessi e prestazioni erogate</i></p> <p>Dicembre 2007</p> <ul style="list-style-type: none">- N. nuovi accessi: 14- N. prestazioni: 61 <p>Gennaio-Dicembre 2008</p> <ul style="list-style-type: none">- N. nuovi accessi: 102- N. prestazioni: 832 <p>Gennaio - Dicembre 2009</p> <ul style="list-style-type: none">- N. nuovi accessi: 107- N. prestazioni: 2.053 <p>Gennaio - Dicembre 2010</p> <ul style="list-style-type: none">- N. nuovi accessi: 104- N. prestazioni: 2.524 <p><i>Consulenze intraaziendali per medicazioni LdC</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Maggio 2009 - Dicembre 2009: 31- Gennaio 2010 - Dicembre 2010: 183.

Titolo	Organizzazione assistenziale per complessità: primi risultati di una sperimentazione
Azienda	USL di Bologna
Dipartimento/Distretto	Servizio Assistenziale Tecnico e della Riabilitazione
Unità operativa	SATeR
Città	Bologna
Indirizzo (della struttura)	Via Castiglione, 29
Email	stefania.zanerini@ausl.bologna.it
Referente (unico) per contatti	Fiamminghi Meris
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	<p>Silvestro A., Direttore SATeR Ausl Bologna Fiamminghi M., Direttore Area Innovazione ricerca SATeR Bernardi R., Direttore Sanitario Dip. Medico Cacciari B., Responsabile Piattaforma Assistenziale Porretta Terme Luppi C., Responsabile SATeR, Dipartimento Medico Zoni E., Responsabile SATeR, Dipartimento Chirurgico Tartari L., Responsabile AroA, Area Chirurgica Borelli M., Infermiere Bachetti M., Infermiere Sabbatini M., Infermiere Lenzi P., Infermiera Butelli A., Coordinamento Infermieristico <i>Bed Manager</i> Ravaldi R., Coordinatore infermieristico Ongari M., Direttore Medicina Porretta - Vergato Ucchino G., Direttore Chirurgia Porretta - Vergato Pianazzi L., Anestesista Cordenons F., Responsabile SATeR DEA Magelli A., Coordinamento Infermieristico Pronto Soccorso Area Sud BO Visani O., Responsabile SATeR, Dipartimento Materno Infantile Vicinelli C., AroA, Dipartimento Materno Infantile Ricci L., Capostetrica – Centro Nascita Bianconcini M., Staff Area ricerca SATeR Suzzi R., Responsabile SATeR Infez.Osped.</p>
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	4 ottobre 2010
Sperimentazione terminata il	In corso
Se sì, indicare i riferimenti:	Obiettivi anno 2011, Regione Emilia Romagna: diffusione del modello per intensità di cura e complessità assistenziale, al fine di migliorare l'efficienza dell'assistenza e dell'allocazione delle risorse, coinvolgendo le rappresentanze dei cittadini.
Obiettivo della Sperimentazione	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porre al centro dell'offerta di cure H24 il bisogno della persona e articolare e, di conseguenza, i perimetri delle aree di alta-media-bassa intensità/complessità. 2. Promuovere lo sviluppo del capitale umano attraverso la valorizzazione delle competenze e l'integrazione multi professionale. 3. Favorire l'appropriatezza organizzativo-gestionale e clinico-assistenziale anche avvalendosi di strumenti standardizzati. 4. Qualificare il Presidio Ospedaliero di Porretta Terme nel contesto aziendale. 5. Elaborare un progetto di ricerca osservazionale (<i>before-after</i>) con indicatori <i>nursing</i> sensibili.
Disegno progettuale	<p>Nell'ambito dell'AUSL di Bologna, il modello organizzativo per intensità di cure e complessità assistenziale è stato attivato sperimentalmente, presso l'Ospedale di Porretta Terme, dall'ottobre 2010 dopo una fase di progettazione a carattere multiprofessionale e multidisciplinare con il coinvolgimento dei Dipartimenti: Medico, Chirurgico, Materno Infantile e dell'Emergenza.</p> <p>Il disegno progettuale si è delineato ricorrendo ad una serie successiva di valutazioni, confronti, scelte e decisioni effettuate dal gruppo di lavoro</p>

	<p>interdipartimentale che ha preso a riferimento non solo gli indicatori sanitari ma anche dati osservazionali ed esperienza dei singoli partecipanti. Tale metodologia ha permesso di strutturare un modello teorico coerente con le strategie aziendali e compatibile con i vincoli di sostenibilità.</p> <p>Il progetto si è articolato secondo le seguenti fasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Macroprogettazione entro 20 gennaio 2010. - Microprogettazione di strumenti, azioni e protocolli attuativi entro 31 maggio 2011. - Articolazione del progetto di ricerca osservazionale <i>before-after</i> con indicatori di esito <i>nursing sensitive</i>. - Realizzazione operativa della sperimentazione 4 ottobre 2010. - Monitoraggio e verifica entro tre mesi dalla realizzazione. - Realizzazione di eventuali azioni correttive e modifica del progetto entro sei-otto mesi dall'attivazione operativa.
Percorso sperimentale	<p>Prima della sperimentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione di un sistema di valutazione dell'impegno, clinico assistenziale dei pazienti. - Simulazione su 325 pazienti di area Medica Internistica attraverso l'utilizzo di uno strumento denominato "MAPr", appositamente costruito tenendo come base il MAP - IPASVI. La rilevazione è stata condotta in settimane diverse per poter intercettare la più ampia casistica possibile. Il lavoro ha fornito una significativa concentrazione dei casi più complessi nel punteggio maggiore di 31; meno definita la distinzione fra la media e la bassa complessità. Per l'area chirurgica è stato simulato l'impiego del medesimo strumento sulla base degli interventi di un mese "campione". Per l'area Pediatrica invece si sono definiti posti letto dedicati in quantità stimata rispetto allo storico dei ricoveri. - Formazione di un gruppo d'infermieri all'utilizzo del sistema MAPr elaborato. - Dimensionamento delle aree a differente intensità e complessità. - Definizione, con gli Infermieri, dei profili di competenza relativi alle diverse aree a differente complessità assistenziale. - Elaborazione di un questionario di autovalutazione delle competenze (sulla base dei profili definiti) per la prima assegnazione del personale infermieristico nelle aree. - Formazione residenziale e <i>stage</i> per rafforzare le competenze infermieristiche relative all'assistenza ai pazienti di Clinica Medica, Chirurgica e Pediatrica. - Elaborazione di sistema informatico ad utilizzo del <i>Bed Manager</i> e degli Infermieri dedicati al MAPr per l'assegnazione dei pazienti nelle diverse aree. - Effettuazione rilevazioni relative a LDD, cadute e Infezione CAUTI. - Identificazione, da parte della Direzione SATeR di un professionista esperto a cui hanno affidato la responsabilità di sostenere e monitorare l'innovazione organizzativa intensità/complessità. - Elaborazione di un progetto di ricerca osservazionale <i>before-after</i> per valutare l'impatto della riorganizzazione con uso di indicatori <i>nursing sensitive</i>.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti valutati con MAPr/pazienti ammessi (esclusione di pediatrici ed urgenze) % - Pazienti rivalutati con MAPr/pazienti trasferiti tra aree a differente complessità % - Pazienti valutati con MAPr/pazienti ammessi in LDPA % - Pazienti valutati con Scala di Cooley/pazienti ammessi di età >= 65 anni % - Pazienti valutati con Scala di Braden/pazienti ammessi (esclusione pz. pediatrici).
Indicatori di risultato	<p>Monitoraggio degli indicatori classici di produzione che, se pur soddisfacenti, non sono raffrontabili a oggi, con altre realtà che hanno un modello organizzativo assistenziale sovrapponibile.</p>

	<p>Si riportano i dati ad oggi disponibili; a confronto, sulle stesse Unità Assistenziali, i dati di produzione relativi ai primi 9 mesi dell'anno 2011 con il corrispondente periodo dell'anno 2010.</p> <p>Medicina: N. ricoveri 1297 (1146, + 13,2%); TO 96,39 (83,12, + 16%); DM 7,10 (6,69 + 6,1%); Ric. Rip. (0-30 gg.) 39 (47, - 17%), Dim. Prot. 107 (40, + 167,5%); PM 33 (28, + 20,2%)</p> <p>L.D.P.A.: TO 104,68 (94,76 + 10,5%); DM 13,06 (11,96 + 9,2%) Dim. Prot. 59 (27, + 118,5%)</p> <p>Chirurgia: N. Ricoveri 410 (267, + 53,6%) TO 78,57 (36,25 + 116,7%) DM 6,85 (6,12 + 11,9%) Indice Oper. 0,82 (0,51 + 60,8%) PM 10,29 (5,98 + 72,1%) DM preoperatoria 0,16 (0,44 – 63,6%)</p> <p>Chir.GINECOLOGIA TO 85,81 (+44, + 94,8%) DM 8,81 (3,58 + 146,1%) DM preoperatoria 0,56 (0,24 + 133,3%) Indice Operatorio 0,37 (0,35, + 5,7%)</p>
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none">- N. di persone ricoverate con una durata della degenza =>4 giorni che sviluppano una nuova UdP in una sede precedentemente libera da lesioni/Tutti i dimessi medici con età superiore ai 18 con ricovero => 4 gg.- N. infezioni urinarie sintomatiche in portatore di catetere vescicale/totale dei pazienti ricoverati con catetere vescicale.- N. infezioni urinarie sintomatiche in portatore di catetere vescicale/totale di giorni/catetere per tutti i pazienti che hanno un catetere urinario.- Pazienti sottoposti ad intervento chirurgico selezionato che presentano una infezione della ferita/Tutti i pazienti ricoverati sottoposti ad intervento chirurgico selezionato.

Titolo	Livelli di sviluppo e certificazione/abilitazione delle performance
Azienda	Fondazione Poliambulanza
Dipartimento/Distretto	Fondazione Poliambulanza
Unità operativa	Ufficio Formazione
Città	Brescia
Indirizzo (della struttura)	Via Bissolati 57
Email	sabrina.maioli@poliambulanza.it
Referente (unico) per contatti	Maioli Sabrina
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Predolini Simonetta , Coordinatore Cardiologia diagnostica Sarcina Antonio , Responsabile struttura complessa CHV Maioli Sabrina , Responsabile Ufficio Formazione
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	2008
Sperimentazione terminata il	In corso
Obiettivo della Sperimentazione	Attraverso percorsi differenziati far acquisire al personale infermieristico conoscenze e abilità validate (certificate) e sequenziali che favoriscano lo sviluppo di livelli di performance gradualmente e valutati con indicatori qualitativi e quantitativi.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Azienda
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Individuare dettagliati livelli di performance: <i>Basic, Able e Advance</i> in varie aree di competenza, in funzione dell'area di interesse infermieristico da sviluppare e far crescere (es: Infermieri <i>sonographer</i> del Distretto cardio-vascolare; Infermieri <i>home-monitoring</i> ; Infermieri dedicati alla lettura ECG Dinamico; Infermieri dedicati all'ambulatorio di medicazioni avanzate; Infermieri dedicati all'emorecupero, etc.). Il passaggio a un livello di competenza successivo presuppone un percorso che soddisfi rigorosi standard di conoscenza e applicazione clinica, ipotizzando inoltre un numero minimo di procedure.
Percorso sperimentale	Il percorso è strutturato in 4 moduli e il passaggio ai moduli successivi è determinato dal superamento di specifici momenti di verifica. Ad esempio, per l'Infermiere <i>sonographer</i> il progetto è strutturato come segue: - Modulo 1, 12 ore: percorso residenziale a carattere teorico, lezioni interattive e discussioni di casi clinici. Verifica apprendimento. - Modulo 2, 4 ore: attività pratica in aula in piccoli gruppi (da organizzare in funzione dell'area specialistica di appartenenza). Esercitazioni all'utilizzo dell'apparecchiatura. - Modulo 3, 100 ore: formazione sul campo in ambulatorio supervisionata da un <i>Tutor</i> dedicato. Verifica apprendimento: esame pratica al letto del malato. - Modulo 4: formazione sul campo. <i>Training</i> presso ambulatori accreditati. Il partecipante dovrà mantenere registrati tutti i casi ed eventuali criticità da portare periodicamente alla discussione con tutor per quesiti clinici. Validazione/certificazione: valutazione del percorso complessivo, delle procedure eseguite e analisi/discussione di casi critici. Una commissione <i>ad hoc</i> ha quindi effettuato un periodo di <i>assessment</i> delle conoscenze dichiarative (conoscere cosa), procedurali (conoscere come) e strategiche, ovvero cognitive, metacognitive e motivazionali (conoscere quando): <i>assessing</i> di memoria e <i>assessing</i> di <i>transfer</i> delle performance.
Indicatori di processo	Si documentano i livelli di performance raggiunti (quali/quanto) nei vari moduli e si monitorizza un percorso personale continuo per l'acquisizione di performance avanzate. Ad esempio, si definisce Infermiere <i>sonographer</i> "competente per il

	<p>distretto carotideo” con livello di <i>performance</i>:</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Basic</i>, minimo 150 casi, quando conosce l'ecografo e sa distinguere stenosi significative (> al 70%).- <i>Able</i>, minimo 300 casi, quando sa distinguere stenosi 0-30%, 30-70%, superiori 70-100%, oppure sa riconoscere la patologia succlavia, sa classificare in base alla morfologia – liscia, regolare e ulcerata – e parzialmente in base alla consistenza fibrosica e calcifica.- <i>Advance</i>, minimo 700 casi, (descrizione riportata negli indicatori di risultato).
Indicatori di risultato	<p>Gli indicatori di processo sono correlati agli indicatori di risultato, in funzione che l'Infermiere resti al livello <i>Basic</i> o <i>Able</i>. Il completamento del percorso si ottiene con il livello <i>Advance</i>, minimo 700 casi. In questo caso l'Infermiere sa distinguere con precisione il grado di stenosi, in particolare di quelle di <i>borderline</i> (50-70%), correlando adeguati valori velocimetrici. Sa riconoscere la patologia della succlavia e della vertebrale. Sa classificare le placche sia dal punto di vista morfologico sia di consistenza (fibrosa, calcifica, lipidica, fibrocalcifica, fibrolipidica e emorragica). Sa riconoscere una patologia dei tronchi sovraortici intratoracici. Sa riconoscere una patologia estesa della carotide interna e della carotide intracranica. Sa riconoscere patologie rare.</p>
Esiti/Outcome	<p>Gli esiti sono diversi in funzione dell'area di interesse infermieristico da sviluppare; in termini generali possiamo affermare che riguardano i seguenti aspetti: abbattimento delle liste di attesa, contenimento dei costi, qualità dei risultati e della crescita professionale. Ad esempio, sempre rispetto gli Infermieri <i>sonographer</i>, a distanza di un anno la ricaduta del progetto è stata significativa, anche in termini numerici: le richieste di esame formulate dall'U.O. di Cardiologia alla Chirurgia vascolare sono diminuite del 64% e del 79% quelle provenienti dal Dipartimento di Neuroscienze, con naturale diminuzione dei tempi diagnostici e maggior efficacia clinica. Percorsi così strutturati favoriscono il superamento di competenze autoreferenziali a favore di modelli di apprendimento che garantiscono qualità, appropriatezza e anche contenimento dei costi.</p>

TITOLO	Sanità d'Iniziativa: l'infermiere, le cure primarie e l'educazione alla salute
Azienda	Azienda Sanitaria Firenze
Dipartimento/Distretto	Presidio di Villa Fabbri, Servizio Assistenza Infermieristica e Ostetrica
Unità operativa	Assistenza Infermieristica Territoriale
Città	Firenze
Indirizzo (della struttura)	Via di San Salvi, 12, 50136 Firenze
Email	grazia.monti@asf.toscana.it
Referente (unico) per contatti	Gant Antonio
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Monti Grazia , Dirigente Sanitario SAIO, ASF Gant Antonio , Direttore U.O. AIT Zona Nord Ovest, Referente Infermieristico del Progetto Rossi Cristina , Dirigente Sanitario, U.O. AIT Zona Sud Est, ASF Franciolini Stefania , Dirigente U.O. AIT Zona Firenze, ASF
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Giugno 2010
Sperimentazione terminata il	In corso
Obiettivo della Sperimentazione	<ul style="list-style-type: none"> - Garanzia di risposta al bisogno sanitario urgente. - Gestione e cura delle patologie croniche mediante interventi proattivi e strutturati basati su percorsi condivisi che assicurano continuità, efficienza nell'utilizzo delle risorse ed efficacia per il cittadino. - Tutela dei soggetti fragili, non autosufficienti, a bassa scolarizzazione. - Promozione della salute in termini di corretta alimentazione, stili di vita ed attività fisica. - Definizione dei percorsi di patologia a supporto delle decisioni dei <i>team</i>. - Individuazione delle aggregazioni di Medici di famiglia che attueranno la sanità d'iniziativa e la strutturazione dei <i>team</i> assistenziali in relazione agli obiettivi del progetto. - Realizzazione dell'infrastruttura informativa necessaria per lo svolgimento dell'attività dei <i>team</i>. - Formazione dei professionisti coinvolti nell'attuazione del progetto. - Attività di comunicazione e informazione relative al progetto. - Definizione di opportuni strumenti di partecipazione dei cittadini-utenti.
Strutture coinvolte	Unità Operativa AIT (Assistenza infermieristica Territoriale) Dipartimento Cure Primarie
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>Il progetto "Sanità d'Iniziativa" della Regione Toscana (PSR Regione Toscana 2008-2010, Delibera n. 716 del 03-08-2009) recepisce il <i>Chronic Care Model</i> nella sua versione evoluta, "<i>Expanded Chronic Care Model</i>", in cui ai noti elementi clinico-assistenziali vanno ad aggiungersi aspetti di sanità pubblica, prevenzione primaria, attenzione ai determinanti di salute. Questo, pertanto, è il modello di riferimento adottato come strategia di risposta sanitaria all'aumento di popolazione anziana e delle conseguenti patologie croniche. La novità principale è rappresentata dalla costituzione di <i>team</i> assistenziali in cui la figura del MMG è affiancata da Infermieri dell'ASL e da altri professionisti sanitari. Medicina Generale e Aziende Sanitarie Territoriali s'incontrano dunque per dare nuove risposte agli utenti. I <i>team</i> multiprofessionali sono orientati dall'<i>Expanded Chronic Care Model</i> verso l'adozione di un modello assistenziale proattivo, che intercetti il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o dell'aggravamento della stessa.</p>

	<p>Gli elementi essenziali di questo disegno progettuale sono:</p> <ul style="list-style-type: none">- i percorsi assistenziali per le principali patologie croniche (Scenpenso Cardiacco, Diabete, Ictus, BPCO, Iperensione) condivisi a livello Aziendale;- l'organizzazione dei <i>team</i> assistenziali in "Moduli" (unit� di misura consistenti in sottopopolazioni di circa 10.000 assistiti facenti capo a un gruppo di 7-8 MMG);- un'infrastruttura informatica per la realizzazione dei "Registri di patologia" e la gestione dei dati. <p>Parallelamente a questo cammino progettuale, si � arricchito di argomenti e spunti il dibattito, gi� presente in Azienda, sullo sviluppo del <i>Nursing</i>. Un modello organizzativo avanzato di <i>Nursing</i>, infatti, � al tempo stesso premessa necessaria e naturale conseguenza di un tale sistema di erogazione dell'assistenza. Nei 5 anni passati si sono svolte in Azienda alcune significative esperienze di gestione di pazienti cronici (es. Ambulatori per Scenpenso e Diabete) in cui gli Infermieri svolgevano gi� un'importante funzione di educazione terapeutica, formazione e informazione all'utente per rafforzare l'autogestione della malattia, il <i>follow-up</i> e il supporto al <i>caregiver</i>. Tali esperienze possono considerarsi un importante e propedeutico preludio al pi� articolato progetto della Sanit� d'Iniziativa.</p> <p>Alla luce del livello di gradimento mostrato dagli utenti verso simili approcci terapeutico-assistenziali, considerando la motivazione degli Infermieri per un tale sviluppo professionale e l'assoluta necessit� di stabilire un forte livello di collaborazione con i MMG ai fini di un'efficace risposta ai bisogni di salute dei cittadini, diventa necessaria e possibile l'adozione di nuovi e diversi modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica nell'ambito delle cure primarie.</p>
<p>Percorso sperimentale</p>	<p>Il progetto della Sanit� d'Iniziativa prende corpo in Azienda Sanitaria di Firenze a giugno del 2010 in 12 moduli afferenti a tre delle quattro zone territoriali (Zona Firenze, Zona Nord Ovest e Zona Sud Est), per un totale di circa 153.000 assistiti, 124 MMG e 15 Infermieri. In questa prima fase sono stati arruolati (previo consenso informato) pi� di 9.000 pazienti cronici affetti da due patologie tra quelle indicate nel progetto: Scenpenso cardiaco e Diabete di tipo 2. Questi pazienti sono stati inseriti in appositi "Registri di patologia" mediante procedure informatiche e <i>software</i> in uso presso gli ambulatori dei MMG.</p> <p><i>Prima fase</i></p> <p>Dopo la fase di arruolamento si � dato avvio alla presa in carico da parte di tutto il <i>team</i> assistenziale (MMG, Infermiere, altri professionisti in base allo specifico percorso assistenziale), agli interventi clinico-assistenziali e a tutti gli interventi d'informazione, educazione e <i>counselling</i> clinico individuale.</p> <p>Dopo alcuni mesi sono iniziati i <i>follow-up</i>, previa calendarizzazione e predisposizione di agende personalizzate.</p> <p>Tutte queste attivit� hanno visto il ruolo attivo e centrale degli Infermieri, nel pieno rispetto dei percorsi clinico-assistenziali multiprofessionali condivisi, che hanno rappresentato e continueranno a rappresentare la principale traccia di lavoro per i <i>team</i> impegnati nel progetto.</p> <p><i>Seconda fase</i></p> <p>A questa prima fase � succeduta una seconda fase "d'espansione", con l'attivazione di altri tre moduli che hanno portato il totale degli assistiti a circa 180.000, quello di MMG a 148 e quello degli Infermieri a 23 l'espansione ha riguardato per� anche le patologie di</p>

	<p>riferimento: sono stati cioè arruolati anche pazienti affetti da Ictus e BPCO, affrontando con questa nuova logica organizzativa 4 delle 5 patologie previste (per il momento rimane fuori solo l'ipertensione). È prevista per i primi mesi del 2012 un'ulteriore espansione ad altri 3 moduli, con l'ingresso nell'operatività del progetto della quarta Zona, il Mugello), per arrivare alla copertura di circa 212.000 assistiti, circa il 30% del bacino di utenza globale dell'Azienda Sanitaria Fiorentina. La suddivisione in patologie è stata funzionale all'organizzazione di queste fasi iniziali, soprattutto in relazione alla necessità di redigere i Registri di patologia, parte essenziale del sistema informativo di cui si avvale l'<i>Expanded Chronic Care Model</i>; è fuori discussione che questa suddivisione costituisca elemento concettuale di riferimento per le strategie assistenziali, che continuano viceversa a fondarsi sull'attenzione assoluta e quindi sull'approccio alla persona nella sua globalità e con i suoi bisogni socio-sanitari.</p> <p>Il supporto al <i>self-care</i> ed il coinvolgimento attivo della persona all'interno del team rimane l'obiettivo primario, al di là della patologia o gruppo di patologie per le quali la stessa è stata arruolata al progetto.</p> <p>In particolare, la funzione educativa dell'Infermiere assume carattere di assoluta rilevanza. La nuova logica della Sanità d'Iniziativa è orientata a rendere il paziente consapevole ed esperto per la gestione della propria patologia cronica.</p>
<p>Indicatori di processo</p>	<p><i>Fase di arruolamento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - N. di pazienti che si presentano all'appuntamento programmato/N. di appuntamenti programmati. Standard: >70% - N. di pazienti che ricontattano l'infermiere per informazioni e/o consulenza dopo la prima visita/N. di pazienti che si sono presentati alla prima visita. Standard: >70% <p><i>Fase di presa in carico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - N. <i>counselling</i> individuale/N. di visite effettuate. Standard: >70% dei pazienti in carico per quella patologia. - N. partecipanti a incontri di <i>counselling</i> di gruppo/N. di pazienti invitati. Standard: >70% - N. risposte esatte post-test incontri di <i>counselling</i> di gruppo /N. totale di domande post-test - N. di risposte esatte pre-test incontri di <i>counselling</i> di gruppo /N. totale di domande del pre-test. Standard: migliorato più del 20%, invariato più o = 10%, peggiorato meno del 20% - N. di griglie di osservazione redatte sulle competenze acquisite dal paziente/N. di pazienti in carico. Standard: >70% - Presenza di <i>audit</i> interni/N. totale moduli Sanità d'Iniziativa. Standard: almeno nel 40% <p><i>Fase di follow-up</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - N. pazienti che si presentano al <i>follow-up</i>/N. pazienti arruolati e presi in carico. Standard: >70%
<p>Indicatori di risultato</p>	<ul style="list-style-type: none"> - N. di pazienti sottoposti a valutazione multidimensionale per i quali è stato attivata un intervento della rete socio-assistenziale/N. di visite effettuate. Standard: standard regionale di anziani a rischio di fragilità sulla popolazione ultra65enne. - N. di pazienti che risultano aderenti al regime dietetico/N. di pazienti educati.

	<ul style="list-style-type: none">- N. di pazienti che risultano aderenti al regime terapeutico/N. di pazienti educati.- N. di pazienti che riducono o smettono l'abitudine al fumo/N. di pazienti educati. <p>Standard: per questo tipo di interventi l'obiettivo è un aumento di pazienti che aderiscono al regime dietetico, terapeutico, che riducono o smettono l'abitudine al fumo.</p>
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none">- Riduzione ricoveri ospedalieri per riacutizzazione delle 5 patologie croniche considerate.- Riduzione chiamate 118 per episodi acuti associati alle 5 patologie croniche considerate.- Miglioramento del profilo di salute nell'area geografica di riferimento dell'ASF in merito al dato epidemiologico di prevalenza delle 5 patologie croniche considerate.- Riduzione tassi di mortalità per le 5 patologie croniche considerate.

Titolo	La venipuntura tramite cute o catetere a media-lunga permanenza: il disagio del paziente
Azienda	AUSL di Modena
Dipartimento/Distretto	Direzione Infermieristica, Tecnica e Riabilitativa (DITRA)
Unità operativa	DITRA
Città	Modena e Carpi
Indirizzo (della struttura)	Via S. Giovanni del Cantone, 21
Email	g.morsiani@ausl.mo.it
Referente (unico) per contatti	Morsiani Giuliana
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Milani Davide , Direttore DITRA Po Iolanda, Dirigente Infermieristico Area Nord Morsiani Giuliana , Referente Formazione permanente Rossetti Lorella , Coordinatrice Medicina Ospedale di Carpi
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Novembre 2011
Sperimentazione terminata il	Maggio 2012
Obiettivo della Sperimentazione	1. Quantificare il numero di venipunture cutanee evitate nei pazienti portatori di un accesso venoso a lunga permanenza. 2. Stimare il risparmio di presidi medico-chirurgici collegati alle venipunture cutanee evitate.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<i>Studio osservazionale prospettico</i> <i>Campione</i> Tutti i pazienti ricoverati/già portatori o di nuovo posizionamento di un catetere venoso a lunga permanenza (CVLP). <i>Criteri di inclusione</i> Pazienti già portatori di CVLP o eleggibili secondo le linee guida/raccomandazioni presenti in letteratura di un nuovo posizionamento. Vengono inclusi indifferentemente dall'età uomini e donne con qualunque diagnosi medica d'ingresso. Sono inclusi i pazienti ricoverati nel periodo di osservazione sia in regime di ricovero ordinario sia in <i>Day Hospital</i> . <i>Criteri di esclusione</i> I pazienti portatori di CVLP seguiti a domicilio o in strutture territoriali. <i>Metodologia</i> Per ogni paziente è stata compilata una scheda di raccolta dati nella quale sono state registrate le venipunture a qualsiasi titolo (diagnostico o terapeutico) specificando se attraverso il CVLP o la cute.
Percorso sperimentale	Lo studio si è condotto presso l'U.O. di Medicina Generale dell'Ospedale di Carpi (AUSL di Modena) per tutti i pazienti ricoverati nel periodo da novembre 2011 a maggio 2012. Per ogni paziente è stato consegnato un foglio informativo che garantisce l'anonimato e che spiega la natura dello studio. È stato richiesto il consenso informato. I dati saranno raccolti tramite la scheda di raccolta dati.
Indicatori di risultato	1. L'indicatore utilizzato è il numero di venipunture differenziate a secondo della via di accesso: CVLP o cute. 2. I risparmi economici relativi ai <i>devices</i> non utilizzati (in quanto l'accesso è stato tramite il CVLP) sono stati calcolati utilizzando il criterio dell'ago-farfalla per i prelievi ematici e del catetere venoso periferico (CVP) e <i>bionectur</i> per terapie e.v. iniettive o trasfusioni.
Esiti/Outcome	Diminuzione del disagio del paziente attraverso il numero di venipunture evitate.

TITOLO	Filo di Arianna: un progetto per migliorare le capacità e le competenze del <i>caregiver</i>
Azienda	A.O. dei Colli Presidio Cotugno
Dipartimento/Distretto	Malattie Infettive
Unità operativa	VIII, IV, III, V Divisione
Città	Napoli
Indirizzo (della struttura)	Via Quagliariello, 54
Email	e.defalco@libero.it
Referente (unico) per contatti	De Falco Vincenzo , Coordinatore infermieristico
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Maria Rosaria Esposito , coordinatore Inf.co dell'IRCCS oncologico G. Pascale - Napoli Nicla Raviele , psicologa del P.O. Cotugno; Coordinatori Inf.ci delle divisioni (I, IV, V, VIII) del Presidio Cotugno; Coordinatori Infermieristici dell'IRCCS G. Pascale Napoli; Operatori dello sportello di ascolto: assistente sociale, psicologa Associazione onlus VOLA Volontari Ospedalieri Lotta AIDS
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Gennaio 2012
Progettazione terminata il	In corso
Obiettivo del Progetto	<ul style="list-style-type: none"> - Migliorare le capacità e le competenze dei <i>caregiver</i> e sostenerli nei loro compiti di cura. - Informare e supportare la famiglia e /o i partner di persone con HIV, portatori di malattie oncologiche associate ad HIV. - Supportare i <i>caregiver</i> nella gestione di particolari situazioni di complessità e fragilità legati agli esiti della malattia anche oncologica. - Accogliere il disagio ed insegnare le tecniche comunicative e relazionali più efficaci. - Educare il <i>caregiver</i> nella gestione di dispositivi (CVC, stomie etc.) o terapie domiciliari (pompe elastomeriche, terapie antalgiche), somministrazione di terapie antiretrovirali (inibitori della proteasi). - Sensibilizzare il territorio e le istituzioni tutte sui temi riguardanti le malattie degenerative, con particolare attenzione alla HIV.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Altre Aziende/Altro
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>Destinatari del progetto sono i familiari e/o i partner di persone con HIV. La modificazione della storia dell'infezione HIV porta oggi la persona HIV positiva a convivere con una patologia "cronica", con complicanze sociali derivanti principalmente dal carattere infettivo e discriminante di tale patologia. Inoltre i potenti farmaci antiretrovirali hanno trasformato la terribile malattia dell'AIDS in una malattia cronica con esacerbazioni e remissioni, infezioni ricorrenti per le condizioni disagiate o comunque fragili e aumentata incidenza di neoplasie maligne, con conseguente maggiore impegno dei <i>caregiver</i>.</p> <p>Lo Sportello Ascolto rappresenta il primo contatto di supporto nell'affrontare le molteplici problematiche sociali e psicologiche correlate alla patologia. Tale contatto favorirà il reclutamento a seminari informativi/formativi, gruppi di auto-aiuto, corsi di <i>training</i> autogeno e percorsi formativi per la gestione di dispositivi o terapie a domicilio. Inoltre sarà il luogo dove arriveranno le schede di attivazione "Supporto <i>Caregiver</i>" dall'IRCCS oncologico di pazienti HIV in dimissione.</p> <p>L'obiettivo dello Sportello è quello di aprire, all'interno dell'Ospedale, un Centro di orientamento, informazione e socializzazione che sia anche sede operativa delle attività dell'Associazione coinvolta nel progetto. Al fine di favorire la presenza del <i>caregiver</i> agli incontri, gli operatori si renderanno disponibili al domicilio per assistere, ove necessario, il paziente. La partecipazione del <i>caregiver</i> favorisce la diminuzione del suo stress e ne favorisce la collaborazione e partecipazione. La creazione e l'avvio di gruppi per ricevere sostegno e assicurazione</p>

	<p>nello svolgimento di un ruolo (riduzione stress, ansia e sintomi depressivi) saranno organizzati in base ai bisogni emersi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - incontri informativi con medici infettivologi per fornire elementi conoscitivi sulla malattia; - gruppi di auto-mutuo aiuto, in grado di fornire ai <i>caregiver</i> il supporto e l'ausilio di cui necessitano attraverso il confronto diretto con altre persone che condividono la medesima esperienza; - corsi di <i>training</i> autogeno, come strumento educativo utile per produrre cambiamenti e sostenere i familiari in modo efficace; - incontri individuali di <i>counselling</i> per particolari situazioni di complessità e fragilità.
Percorso sperimentale	<p>Il percorso sperimentale prevede una prima fase di formazione sulle principali procedure di gestione di dispositivi (stomie, CVC, CV, pompe elastomeriche, terapie domiciliari, etc.), rivolto ai volontari dell'Associazione.</p> <p>Per l'inserimento del <i>caregiver</i> nel progetto sarà utilizzata una scheda "Supporto <i>caregiver</i>" che sarà inviata agli operatori dello sportello ascolto dai Caposala dei Reparti di Oncologia e AIDS.</p> <p>Le schede inviate saranno valutate per verificare l'inserimento nel progetto. I criteri di reclutamento sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnosi documentata di HIV; - malattia oncologica associata all'HIV; - residenza del malato a Napoli; - presenza di un familiare che assiste il malato; - autorizzazione del <i>caregiver</i> all'attivazione della scheda o segnalazione. <p>Il primo contatto prevede un primo colloquio del <i>caregiver</i> con gli operatori dello sportello ascolto, per la valutazione iniziale del tipo di supporto da attivare.</p> <p>La seconda fase prevede il supporto informativo educativo con una serie d'incontri con operatori sanitari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 incontri per la gestione dei dispositivi e terapie farmacologiche a domicilio, al fine di rafforzare conoscenze e abilità; - 8 incontri di gruppo di <i>training</i> autogeno; - 2 cicli di incontri con il gruppo di auto-muto aiuto, della durata di 3 mesi. <p>Per le esigenze individuali si prevede un servizio di <i>counselling</i> a domicilio.</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione regolare dei soggetti coinvolti. - Tutti i partecipanti partecipano ai gruppi di auto-aiuto. - Tutti i partecipanti partecipano ai corsi di training. - Gli enti locali ricevono le brochure - I seminari psicoeducativi per il sostegno del <i>caregiver</i> strutturati e ripetuti per gruppi. - I questionari vengono somministrati a cadenze stabilite.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - L'informazione/pubblicità del progetto recluta l'80% degli iscritti. - Il 70% dei partecipanti è formato. - Il 100% dei <i>caregiver</i> migliora le proprie competenze e capacità attraverso una valutazione con questionari. - Report finale con illustrazione del corso.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Richieste di ulteriori corsi. - Sensibilizzazione delle istituzioni. - Riduzione del 40% dei nuovi casi di HIV.

Titolo	Un'esperienza che punta alla qualità: la valutazione delle competenze
Azienda	ISMETT
Dipartimento/Distretto	Sevizio Infermieristico
Unità operativa	Servizio infermieristico
Città	Palermo
Indirizzo (della struttura)	Via Tricomi, 1
Email	segman@ismett.edu
Referente (unico) per contatti	Egman Sabrina , Infermiera coordinatore
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	2009
Sperimentazione terminata il	2012
Obiettivo della Sperimentazione	I propositi sono quelli di mantenere ed assicurare le competenze di tutti gli Infermieri attraverso valutazioni oggettive continue della <i>performance</i> lavorativa e la partecipazione alle attività di formazione continua.
Strutture coinvolte	Azienda
Sperimentazione	Monoprofessionale
Disegno progettuale	Dal momento dell'assunzione il personale infermieristico inizia un percorso formativo teorico e di affiancamento con personale esperto. Vengono istituiti momenti valutativi a sei mesi dall'assunzione e a cadenza annuale.
Percorso sperimentale	Dal 2009 tutto il personale infermieristico assunto verrà sottoposto a verifica delle competenze acquisite, attraverso corsi teorico pratici frequentati e valutazione delle competenze oggettive.
Indicatori di processo	Vengono considerati indicatori di processo il numero dei corsi frequentati e il tasso di partecipazione agli stessi.
Indicatori di risultato	La percentuale degli infermieri che raggiungono un livello avanzato di competenza.
Esiti/Outcome	La presa in carico assistenziale di pazienti con maggiori criticità da parte di Infermieri con competenze maggiori.

TITOLO	Validazione di uno strumento per l'organizzazione dell'assistenza infermieristica
Azienda	IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo
Dipartimento/Distretto	Interdipartimentale
Unità operativa	SITRA
Città	Pavia
Indirizzo (della struttura)	Viale Golgi, 19
Email	sitra@smatteo.pv.it
Referente (unico) per contatti	Baratto Simone
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Mangiacavalli B. , Direttore S.I.T.R.A. Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia Baratto S. , RAP Sviluppo Organizzativo Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia Formenton A. , RAD Medicine Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia Lombardi N. , RAD Onco Ematologico Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia Massara A. , RAD Urgenza ed Emergenza Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia Tezzon S. , RAD Cardio-toraco-vascolare Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	29 novembre 2010
Sperimentazione terminata il	26 giugno 2011
Obiettivo della Sperimentazione	Validare uno strumento di rilevazione dell'intensità di cura denominato TriCo
Strutture coinvolte	Azienda
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>La Fondazione Policlinico San Matteo è un IRCCS nel quale l'attività assistenziale è un elemento imprescindibile ma coesistente con una prolifica attività formativa in connubio con l'Università di Pavia. Fare ricerca è missione istituzionale degli IRCCS.</p> <p>L'attuale organizzazione delle aree di cura è basata sulla classica suddivisione in specialità. L'estrema variabilità della gravità clinica e del carico assistenziale rappresentano una situazione abituale. Un'attenzione clinica media può quindi risultare superiore alle necessità per alcuni pazienti, ma chiaramente insufficiente per altri: in letteratura questo fenomeno viene chiamato "effetto pavimento" o "effetto tetto". Sulla base di queste considerazioni è stata necessaria una riorganizzazione che metta al centro il paziente con i suoi bisogni. Per progettare la riorganizzazione della Fondazione secondo questo nuovo modello si è reso quindi necessario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - definire un metodo per rilevare la complessità assistenziale del paziente, attraverso l'analisi dei metodi attualmente sperimentati in altre Aziende; - definire un metodo per rilevare l'instabilità clinica del paziente, applicabile nella realtà della Fondazione, nel rispetto delle varie specificità; - mappare la percentuale di pazienti attualmente afferenti a ciascun livello di intensità di cure, attraverso uno studio osservazionale monocentrico, al fine di poter organizzare gli spazi del futuro DEA secondo una reale previsione di afflusso e definendo i tempi per il passaggio alla nuova struttura. <p>La validazione di questo strumento ha permesso di poter implementare un progetto di riorganizzazione dell'assistenza alla persona basato sull'intensità di cure.</p> <p>Il progetto, che è in fase di realizzazione, coinvolgerà le principali aree che si trasferiranno nel nuovo padiglione denominato DEA.</p>
Percorso sperimentale	Per l'identificazione degli strumenti necessari a tale progetto si è partiti

	<p>dalla revisione della letteratura nazionale e internazionale. In letteratura sono stati pubblicati numerosi metodi. I primi metodi elaborati fin dagli anni '60 ponevano l'attenzione alla quantificazione del carico di lavoro; successivamente, l'attenzione si è posta sulla misurazione degli obiettivi assistenziali, ponendo particolare attenzione agli aspetti qualitativi. Vista la varietà di metodi utilizzabili per la rilevazione della complessità assistenziale, si è resa necessaria una revisione bibliografica. La revisione bibliografica è partita dall'analisi della letteratura nazionale e internazionale e per ogni metodo studiato è stata applicata un'analisi SWOT. Dall'analisi effettuata si è giunti alla scelta di un metodo denominato Tri-Co. Questo metodo è stato sperimentato presso l'AUSL 6 Ospedale di Livorno. È costituito da due schede di rilevazione: MEWS (instabilità clinica) con la rilevazione di 5 parametri vitali e l'IDA (Indice di Dipendenza Assistenziale), che determina l'impegno assistenziale. Per la sperimentazione in area chirurgica vengono valutati tipo di intervento chirurgico e condizioni di salute/malattia tramite l'<i>American Society of Anesthesiologists</i> (ASA).</p> <p>La sperimentazione ha coinvolto 897 pazienti (1.466 rilevazioni). Per l'analisi "per paziente" è stato utilizzato il punteggio massimo raggiunto dal paziente nei giorni di rilevazione al fine di categorizzare i pazienti. La validazione dello strumento è avvenuta associando, con i rispettivi intervalli di confidenza al 95% (per ogni area):</p> <ul style="list-style-type: none">- mortalità intraospedaliera;- trasferimento in Terapia Intensiva o in Chirurgia per interventi chirurgici;- durata degenza;- comorbidità;- peso DRG. <p><i>Obiettivi secondari</i></p> <ul style="list-style-type: none">- fotografare l'intensità di cure nelle varie aree;- confrontare la complessità assistenziale media, in ogni giorno della settimana, in termini di punteggio medio di IDA;- stimare la proporzione di pazienti che rientrano nelle varie categorie.
Esiti/Outcome	<p>I risultati della sperimentazione hanno permesso di validare lo strumento Tri-Co quale indice sintetico di intensità di cure. Tutti i parametri esterni, presi in considerazione come riferimento per la validazione, hanno dimostrato la correlazione con la stratificazione dei dati in base alle tre classi di intensità di cura: bassa, media e alta. Il presente strumento risulta essere semplice, efficace e altamente riproducibile nell'identificare i pazienti a rischio e può essere utilizzato per allocare i pazienti secondo la logica dell'intensità di cure.</p>

Titolo	Qualità delle cure in Terapia Intensiva. IDeA Study (<i>Italian Delirium Assessment</i>)
Azienda	Azienda Ospedaliera di Perugia
Dipartimento/Distretto	Dipartimento Emergenza Accettazione
Unità operativa	ACUTI (Area Critica Unità di Terapia Intensiva)
Città	Perugia
Indirizzo (della struttura)	Loc. S. Andrea delle Fratte, Perugia
Email	acuti@ospedale.perugia.it
Referente (unico) per contatti	Dott. Giusti Gian Domenico , infermiere
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Piergentili Federica , Infermiera, 118 Pronto Soccorso, P.O. Passignano S/T, AUSL 2 dell'Umbria Scelsi Silvia , Infermiera, Responsabile UOS e SAI, ARES 118 Roma
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Agosto 2009
Sperimentazione terminata il	Agosto 2011
Obiettivo della Sperimentazione	Gli obiettivi dello studio sono: a. valutare la percezione che gli infermieri italiani hanno sul "delirio" dei pazienti adulti ricoverati nelle ICU; b. individuare una idonea scala (<i>tool</i>) di valutazione sul delirio.
Strutture coinvolte	Altre Aziende/Altro
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Dopo revisione e analisi della letteratura è stato somministrato un questionario (studio osservazionale trasversale), per valutare la percezione degli infermieri italiani rispetto alla tematica del "delirio in Terapia intensiva" (prima fase); il questionario è stato somministrato utilizzando una piattaforma internet (<i>web survey</i>) dove potevano accedere solamente gli infermieri operanti in ICU attraverso una <i>password</i> . La seconda parte del progetto prevede la scelta di uno strumento per valutare la sindrome tra i ricoverati in ICU, con eventuale traduzione se non disponibile in lingua italiana e processo di validazione con il consenso dell'autore (studio di validazione culturale e linguistica).
Percorso sperimentale	Nella prima fase, per studiare la percezione del delirio da parte degli infermieri, è stato strutturato un questionario formato da domande con scala Likert a 5 punti, e domande a risposta chiusa. Il questionario è stato creato da un gruppo di esperti che si sono avvalsi della collaborazione di chi effettuerà l'elaborazione statistica e della traccia di ricerche simili. Lo studio pilota è stato testato/somministrato a un campione di 10 infermieri operanti in Terapie Intensive di diversi Ospedali italiani, non coinvolti nella stesura del testo, scelti con criterio di convenienza, per verificare la comprensibilità e la congruità dei diversi item. In base alle modifiche e commenti apportati è stata impostata la struttura definitiva. Per effettuare l'analisi dei dati è stato utilizzato il programma STATA 10.0. Nella seconda fase, il processo ha seguito le linee guida ISPOR, la scala è stata tradotta in italiano seguendo un processo di traduzione diretta ed indiretta (<i>forward and backward translation</i>), dove la <i>back translation</i> è stata inviata agli autori originali dello strumento. La traduzione è stata effettuata da due traduttori esperti di inglese e italiano, provenienti da due Centri diversi. Una volta avvenuto l'adattamento culturale, è stato effettuato lo studio di riproducibilità su un campione di convenienza per verificare la perfetta adattabilità.
Esiti/Outcome	455 infermieri hanno risposto alla <i>survey</i> . Tra i fattori considerati come importanti nello sviluppo di questa sindrome c'è la mancanza di un adeguato riposo, l'allontanamento dall'ambiente familiare, il pregresso uso di alcool e sostanze stupefacenti. Rispetto al controllo, solo il 12% delle strutture effettua monitoraggio con schede di valutazione. La scheda di valutazione del delirio tradotta e validata è l'ICDSC

(Intensive Care Delirium Screening Checklist).

Questa scala di valutazione del delirio in ICU risulta di agevole comprensione per il personale di lingua italiana. Può essere utilizzata su persone adulte ricoverate in ICU con o senza protesi ventilatoria.

Questa scala sembra essere meno sensibile nell'intercettare i pazienti con delirio, ma più specifica nella diagnosi.

Titolo	Ascoltare il silenzio: una ricerca <i>narrative based</i> sull'assistenza alle donne vittime di violenza
Azienda	Collegio IPASVI di Roma
Dipartimento/Distretto	Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica
Unità operativa	Gruppo progetto "Ascoltare il Silenzio"
Città	Roma
Indirizzo (della struttura)	Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma
Email	collegio@ipasvi.roma.it
Referente (unico) per contatti	Greco Massimo M.
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Greco Massimo M. , Ricercatore e Coordinatore Progetto, RN, MS Educazione Adulti Sabatino Laura , Aiuto Ricercatore, RN, MSN Portis Lucia , Consulente esterna, MS Antropologia Rocco Gennaro , Supervisione, RN, MSN Stievano Alessandro , Supervisione, RN, MSN, PhD
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Maggio 2010
Progettazione terminata il	Maggio 2011
Obiettivo del Progetto	<i>Obiettivi generali</i> Raccogliere storie di donne vittime di violenza relativamente ai loro contatti con le strutture sanitarie e alla loro percezione dell'assistenza e dell'accoglienza. <i>Obiettivi specifici</i> - Far emergere i bisogni delle donne vittime di violenza. - Individuare le competenze comunicative e relazionali del personale sanitario coinvolto, in particolare infermieristico. - Fornire alle donne un'occasione per esprimere il loro vissuto e per essere ascoltate. - Disseminare il materiale raccolto ai fini di un miglioramento continuo.
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	La ricerca, di tipo qualitativo, si sviluppa a partire da un quadro teorico vicino alla fenomenologia e all'ermeneutica, principalmente correlato alla Metodologia Autobiografica e alla sua declinazione nell'ambito della salute quale quello della Medicina Narrativa. La strategia è quella di cogliere l'oggetto di studio nel contesto stesso dove esso appare come fenomeno, cercando, ad esempio, di far sì che i soggetti coinvolti esprimano essi stessi e alla loro maniera il senso dell'esperienza oggetto di studio. Il ricercatore si fa interprete di queste espressioni, traducendo e categorizzando i contenuti, il più possibile fedelmente e in maniera metodologicamente rigorosa, ad uso del dibattito scientifico e culturale. Nello stesso tempo, si dà valore e spazio al discorso originale così come espresso dai soggetti della ricerca. Nel campo della ricerca sanitaria sulla violenza contro le donne, l'approccio qualitativo vuole dare testimonianza del punto di vista della vittima nei confronti dei suoi bisogni di salute e di come ad essi sia data risposta. Dare parola alle dirette interessate riesce a rendere conto della complessità e della globalità bio-psico-sociale dei bisogni implicati. Proprio per evitare il rischio di dispersione, l'area di indagine è per questo circoscritta a poche domande specifiche di interesse infermieristico: - "Come vivono le donne vittime di violenza i percorsi sanitari?" - "Qual è la percezione dell'atteggiamento nei loro confronti da parte del personale infermieristico e sanitario?". L'approccio qualitativo, inoltre, risulta appropriato per studiare in modo intensivo un numero abbastanza ristretto di casi (le donne ospiti dei Centri Anti-violenza rispetto all'insieme delle donne vittime di violenza), una

	tipologia particolare di vittime di violenza (donne che hanno scelto di intraprendere un percorso di uscita dal disagio rispetto al totale delle donne che sceglie di non denunciare né di riconvertire la propria vita).
Percorso sperimentale	<p><i>Campione</i> La ricerca ha coinvolto, in modo volontario, le donne vittime di violenza seguite da Centri di Accoglienza e di Ospitalità dell'area della Provincia di Roma gestiti dall'Associazione Differenza Donna. Le donne sono state invitate a partecipare dalle Responsabili dei Centri Antiviolenza, in base all'opportunità di affrontare il ricordo e l'espressione di esso rispetto al percorso di uscita dal disagio. A discrezione e su indicazione delle responsabili dei Centri, sono state contattate anche donne che hanno transitato nei Centri di Accoglienza. Le testimonianze sono state raccolte in forma di lettera scritta indirizzata al personale sanitario incontrato dalla donna.</p> <p><i>Strumenti</i> L'invito alla scrittura di una lettera rappresenta l'utilizzo di un dispositivo di scrittura autobiografica finalizzato a facilitare la ricostruzione e la descrizione dell'esperienza oggetto dello studio.</p> <p><i>Procedure</i> Il dispositivo è stato definito e validato a livello metodologico, deontologico ed etico. La somministrazione è stata effettuata dalle Responsabili dei Centri Anti-violenza, che hanno selezionato il campione, scegliendo le partecipanti in base all'appropriatezza, non solo rispetto allo stato di salute psico-fisica ed esistenziale. Il gruppo di ricerca ha raccolto e analizzato il materiale autobiografico secondo le metodologie qualitative di analisi dei testi. Il materiale autobiografico è reso pubblicabile con un'opera di <i>editing</i> che rispetti i requisiti letterari, deontologici, di <i>privacy</i> e di tutela medico-legale.</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione delle operatrici dei Centri Antiviolenza. - Responsività e <i>concordance</i> delle donne invitate alla scrittura.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - N. storie pubblicabili raccolte. - Articoli scientifici e pubblicazioni. - Presentazioni e Partecipazioni a congressi. - Utilizzo del materiale narrativo in atelier autobiografici professionali.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - 37 lettere pertinenti raccolte. - Partecipazione a Congressi e Convegni. - Pubblicazione editoriale.

Titolo	Il Servizio di <i>Counselling</i> nel paziente Hiv+
Azienda	ASL 1 Imperiese
Dipartimento/Distretto	Oncologico e delle Specialità mediche
Unità operativa	Malattie Infettive
Città	Sanremo (IM)
Indirizzo (della struttura)	Via Borea
Email	tommasopollano@hotmail.com
Referente (unico) per contatti	Pollano Tommaso , Infermiere
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	T. Pollano , infermiere G. Ferrea , medico C. Dentone , medico S. Tita Farinella , medico I. De Macina , medico R. Ravera , medico A. Balestra , infermiere A. Riccio , infermiere
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	1° settembre 2010
Progettazione terminata il	Agosto 2011
Se sì, indicare i riferimenti:	WHO Global Programme on AIDS - <i>Source Book for HIV/AIDS Counselling Training</i> (1995) e successivi aggiornamenti.
Obiettivo del Progetto	Presso l'U.O. di Malattie Infettive dell'Ospedale Borea di Sanremo è stato attivato, nel settembre 2010, un servizio di <i>Counselling</i> rivolto ai pazienti HIV+ afferenti all'ambulatorio dell'U.O., consistente in incontri individuali tenuti da un Infermiere <i>counsellor</i> . L'obiettivo del lavoro è di valutare il grado di accettazione da parte del paziente della propria condizione di sieropositività, attraverso la somministrazione di test codificati per disturbi comportamentali e questionari sulla qualità della vita, correlando ad essi i parametri immunovirologici.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<i>Fasi del progetto</i> <ul style="list-style-type: none"> - Informare i pazienti dell'esistenza del servizio tramite l'affissione di cartelli e la comunicazione verbale, durante le visite ambulatoriali e/o durante la degenza in reparto. - Motivare il paziente a rivolgersi al servizio di <i>counselling</i>, se ritenuto necessario dalle informazioni in nostro possesso o dalle esigenze e dai bisogni espressi dal paziente stesso (verifica del bisogno reale di colloqui di <i>counselling</i>). - Per i primi incontri, visite mediche seguite da colloqui di <i>counselling</i> e somministrazione di test. - Colloqui di <i>counselling</i> (informazione, supporto, prevenzione). - Somministrazione test <i>post-counselling</i>. - Riunioni d'équipe. - Colloqui tra <i>counsellor</i> e psicologo supervisore. <p>I test utilizzati sono: <i>HADS (Hospital Anxiety And Depression Scale)</i>, <i>BAI (Beck Anxiety Inventory)</i>, Scala Zung-ansia, Scala Zung-depressione, Qql (Questionario Qualità di Vita).</p>
Percorso sperimentale	<ul style="list-style-type: none"> - Colloqui preliminari. - Somministrazione test <i>pre-counselling</i>. - Colloqui di <i>counselling</i>. - Somministrazione test <i>post-counselling</i>. - Risultati test e colloqui, verifica risultati.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Frequenza ai colloqui di <i>counselling</i>. - Disponibilità e collaborazione del paziente durante i colloqui. - Aderenza terapeutica.

	<ul style="list-style-type: none">- Aderenza alle prescrizioni mediche.- Frequenza alle visite mediche di controllo.- Risultati esami ematici.- Stato di salute psico-fisica.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none">- Risultati dei test.- Gradimento e soddisfazione dei pazienti.- Soluzione delle problematiche presentate dai pazienti riguardanti le varie sfere della vita (lavoro, salute, relazioni familiari, relazioni sentimentali, problematiche di natura legale).- Verifica <i>in itinere</i> dell'avvenuto processo educativo tramite domande dirette ai pazienti (informazione, prevenzione).
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none">- Risultati test.- Parametri immunovirologici.- Soddisfazione dei pazienti per la qualità del servizio.- Richieste di colloqui di <i>counselling</i> da parte di pazienti nuovi.- Aderenza terapeutica e <i>compliance</i> del paziente.- Soluzione di problematiche varie riguardanti la vita dei pazienti.- Accettazione della condizione di sieropositività.- Miglioramento delle competenze relazionali dei pazienti e degli operatori sanitari.- Maggiore consapevolezza del paziente riguardo la propria condizione sierologica e dell'operatore riguardo le proprie modalità comunicative.

Titolo	La tutela della salute in tirocinio. Descrizione dei vissuti e dei comportamenti degli studenti
Azienda	AOU San Giovanni Battista di Torino
Dipartimento/Distretto	OSRU
Unità operativa	Corso di laurea in Infermieristica
Città	Torino
Indirizzo (della struttura)	Via Rosmini, 4/a
Email	luigi.cirio@unito.it
Referente (unico) per contatti	Cirio Luigi
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	<p>R. Iliescu., Studente, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Cominetti L., Docente e Tutor supervisore, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Cirio L., Coordinatore Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Mussa M.V., Docente e Tutor supervisore, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Monino I., Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Dimonte V., Presidente Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p>
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Marzo 2011
Sperimentazione terminata il	Maggio 2011
Obiettivo della Sperimentazione	<p>Descrivere i fattori che gli studenti del Corso di laurea in Infermieristica di Torino percepiscono come capaci di determinare comportamenti virtuosi nella prevenzione degli incidenti o come capaci di intervenire tempestivamente nell'applicazione della procedura di denuncia.</p> <p>Nello specifico, quanto il ruolo del Tutor e dell'Infermiere guida sia capace di influire sul livello di sicurezza degli ambienti di tirocinio e sul tipo di risposta che lo studente mette in atto in caso di infortunio e se le conoscenze teoriche e le informazioni relative al tirocinio fornite in aula sono di reale supporto.</p>
Disegno progettuale	<p>Il rischio occupazionale rappresenta un problema importante tra i lavoratori del settore sanitario e non è esclusivo degli operatori sanitari di ruolo, ma riguarda anche gli studenti dei Corsi di laurea afferenti all'Area Medica.</p> <p>Dalla revisione della letteratura internazionale degli ultimi 10 anni emerge un'elevata prevalenza di infortuni da dispositivi taglienti a carico di studenti delle Facoltà afferenti all'Area Medica.</p> <p>Il Corso di laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Torino fornisce agli studenti infermieri numerose informazioni in merito alla sicurezza negli ambienti di lavoro e ai rischi occupazionali attraverso le discipline "Medicina del lavoro" (9 ore di lezione frontale) e "Infermieristica clinica di base I" (4 ore di lezione frontale) durante il primo semestre del primo anno di corso.</p> <p>All'inizio del primo anno il Referente del I anno fornisce informazioni in merito al Manuale dei rischi e al Piano di emergenza e, prima dell'accesso al tirocinio, nel corso di un incontro di orientamento, illustra la Guida di orientamento all'apprendimento in ambito clinico-assistenziale, documento che fornisce, in un apposito capitolo, tutte le modalità da seguire in caso di infortunio.</p> <p>Nonostante ciò, è stato osservato un elevato numero di comportamenti rischiosi durante i tirocini, sia da parte degli studenti, sia da parte dei professionisti. Tali dati hanno determinato l'esigenza di descrivere il fenomeno con maggiore attenzione.</p>
Percorso sperimentale	<p>Lo studio, di tipo descrittivo osservazionale, si è svolto presso il Corso di laurea in Infermieristica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Torino.</p> <p>A partire dalla revisione della letteratura nazionale ed internazionale, è</p>

	<p>stata definita la traccia per un'intervista semistrutturata a <i>opinion leader</i>. Dai risultati emersi è stata definita la traccia di un questionario a diagramma il cui format dovrebbe essere capace di agevolarne la compilazione.</p> <p>Il campione dello studio è stato composto da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'intera popolazione degli studenti del I anno alla fine del I <i>stage</i> di tirocinio; - l'intera popolazione degli studenti del II anno alla fine del II <i>stage</i> di tirocinio; - l'intera popolazione degli studenti del III anno alla fine del II <i>stage</i> di tirocinio. <p>La sede della raccolta dati è stata l'aula di lezione durante la pausa pranzo. Il questionario è stato compilato in forma anonima. L'elaborazione dei dati statistici è stata effettuata attraverso l'utilizzo del pacchetto statistico <i>on line JsStat</i>, liberamente fruibile, mentre l'analisi dei risultati emersi dalle domande aperte attraverso la tecnica della costruzione di categorie a posteriori.</p> <p>Per valutare l'esistenza di relazioni statisticamente significative fra diverse variabili è stato usato il calcolo della varianza e del "chi quadro".</p> <p>Per valutare le conoscenze relative alla procedura di denuncia in caso di infortunio è stato chiesto di rispondere a un quiz.</p> <p>Sulla base delle risposte fornite è stato attribuito un voto da un massimo di 4 (tutte le risposte corrette) a un minimo di 0 (nessuna risposta corretta).</p>
Indicatori di processo	<p>Percezione dell'adeguatezza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - della formazione universitaria relativa alle disposizioni di sicurezza; - del comportamento dei professionisti Infermieri in merito all'applicazione dei comportamenti virtuosi; - del supporto da parte dell'Infermiere guida in caso di infortunio.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Numero, tipologia e cause degli infortuni. - Numero delle denunce degli infortuni. - Descrizione delle conoscenze relative alla procedura di denuncia. - Esistenza di relazioni statisticamente significative fra alcune variabili.
Esiti/Outcome	<p>I questionari, distribuiti all'intera popolazione di discenti (656), sono stati compilati nel 45% dei casi.</p> <p>Dall'analisi dei dati rilevati emerge che il 13% degli studenti ha subito almeno un infortunio durante i tirocini (per l'80% a rischio biologico). Dei 38 studenti infortunati solo il 55% ha denunciato l'evento.</p> <p>L'82 % degli infortunati riferisce di aver parlato dell'evento con il <i>Tutor/Infermiere guida</i> e il 29% dichiara di aver ricevuto supporto anche da altre figure.</p> <p>Per quanto riguarda la conoscenza della procedura da seguire in caso di infortunio, soltanto il 7% ha risposto correttamente a tutte le domande del test e il 12% non ha risposto correttamente a nessuna domanda.</p> <p>È emersa un'associazione statisticamente significativa ($p=0,002$) soltanto fra il numero degli <i>stage</i> effettuati e l'evento infortunio.</p>

TITOLO	Studio RIASI (Rischio Insuccesso Accademico Studenti Infermieri)
Azienda	Università degli Studi di Udine/Trieste
Dipartimento/Distretto	Corso di laurea in Infermieristica di Udine/Trieste
Unità operativa	Corso di laurea (CDL)
Città	UDINE
Indirizzo (della struttura)	Viale Ungheria, 20
Email	alvisa.palese@uniud.it
Referente (unico) per contatti	Alvisa Palese , Professore associato di Infermieristica
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	<p>Gruppo di progetto e conduzione: Alvisa Palese Angelo Dante, Stefano Fabris, Graziella Valoppi (Tutor didattici, laureati magistrali, CDL di Infermieristica di Udine e Trieste)</p> <p>Con la collaborazione di <i>Per il Collegio Ipasvi di Udine:</i> Sabrina Spangaro, Fabia Bassan, Flavia Crisetig, Fulvia Croatto, Alessandra De Reggi, Miria Del Forno, Elio Drigo, Claudia Iogna Prat, Pamela Margarita, Massimo Noacco, Roberto Paroni, Marika Pascolo, Raffaella Pistrino, Marta Pordenon, Tiziana Tellini, Marco Tomasino, Omar Trombini, Lorena Venier, Graziana Zoldan.</p> <p><i>Per il CDL di Trieste:</i> Edi Maurizio Fedel, Pasqualina Serafini, Franca Placenti, Guiseppina Graceffa.</p> <p><i>Per il CDL di Udine:</i> Illarj Achil, Loretta Caporale, Irene Comisso, Giampiera Bulfone, Teresa Bulfone, Stefano Fabris, Alvisa Palese, Nadia Urli, Antonietta Zanini, Stefania Zuliani.</p>
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	AA 2008-2009
Progettazione terminata il	AA 2011-2012
Obiettivo del Progetto	<p>Da tempo il fenomeno dell'abbandono degli studi da parte degli studenti infermieri interessa trasversalmente diversi Paesi, divenendo oggetto di studio di molti ricercatori.</p> <p>In Italia, secondo stime recenti della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi (2010) il tasso complessivo di insuccesso accademico (che comprende l'abbandono) si attesterebbe intorno al 35-37%. Considerando che nel 2010 sono stati immatricolati nei rispettivi Corsi di laurea 16.336 studenti, potremmo ragionevolmente attenderci, per lo stesso anno, una possibile perdita di Infermieri che si attesterebbe tra le 5.717 e le 6.044 unità.</p> <p>Questo dato denota che il fenomeno dell'insuccesso accademico nei Corsi di laurea in infermieristica (CLI) non è da sottovalutare, se si vuole dare una risposta ai bisogni degli studenti e allo stesso tempo contribuire a fronteggiare il concomitante fenomeno della carenza infermieristica.</p> <p>Il tasso nazionale medio di abbandono dei CLI delle Università italiane è compreso tra il 19 ed il 20%. Conoscere i fattori predittivi di successo accademico degli studenti infermieri permette ai professionisti che operano in ambito universitario di individuare precocemente gli studenti a rischio e combattere il fenomeno dell'abbandono degli studi, attraverso l'implementazione di strategie tutoriali, didattiche e organizzative specifiche.</p> <p>La finalità dei formatori dovrebbe essere, infatti, quella di contenere l'insuccesso evitabile, ovvero quella frazione che non costituisce il fisiologico ripensamento dello studente che non si sente adatto alla professione. Mentre questo abbandono, infatti, è comprensibile se non addirittura auspicato perché evita il reclutamento di coloro che non si sentono adatti alla professione, l'insuccesso evitabile ha un elevato costo emotivo ed economico per lo studente, che sperimenta il fallimento, per la sua famiglia, per i docenti, i <i>tutor</i>, e per l'intera collettività.</p> <p>La letteratura internazionale evidenzia come questo fenomeno rappresenti</p>

	<p>una preoccupazione costante nella formazione infermieristica anche di altri Paesi. Una sistematica attenzione sul fenomeno, anche per comprenderne l'evitabilità, è la finalità di questo studio.</p> <p><i>Obiettivi principali</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Individuare i fattori associati all'insuccesso accademico (personali dello studente e strutturali dei CLI) degli studenti immatricolati al Corso di laurea in Infermieristica delle Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università di Udine e Trieste nell'anno accademico 2008-2009. 2. Confrontare i risultati inerenti le coorti degli studenti arruolati al fine di individuare fattori predittivi comuni di successo/mancato successo accademico e le peculiarità di ogni singola sede di Corso di laurea. <p><i>Obiettivi secondari</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stimolare una riflessione critica circa le strategie tutoriali e strutturali attualmente implementate per fronteggiare il fenomeno dell'insuccesso accademico. 2. Stimolare una riflessione critica sul fenomeno al fine di individuare le politiche da implementare per contrastare l'abbandono e l'insuccesso accademico degli studenti infermieri, anche in vista delle strategie di monitoraggio della qualità, dell'efficienza e dell'efficacia delle sedi didattiche raccomandate dal Ministero.
Strutture coinvolte	Altre Aziende/Altro
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p><i>Disegno progettuale</i></p> <p>È stato adottato un disegno di studio di coorte longitudinale multicentrico.</p> <p><i>Campione e campionamento</i></p> <p>Sono stati considerati eleggibili gli studenti iscritti per la prima volta al CLI presso le Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università di Udine e Trieste (sedi di Trieste e Udine), nell'anno accademico 2008-2009 e che hanno espresso il consenso informato scritto a essere inclusi nel progetto di ricerca.</p> <p><i>Variabili indipendenti: studente</i></p> <p>Non essendo del tutto noti i fattori di rischio dell'abbandono e dell'insuccesso accademico, sulla base di una estensiva revisione della letteratura ciascuno studente arruolato è stato intervistato a fine di raccogliere dati relativi a:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. caratteristiche socio-demografiche: età, genere, tipologia e risultati negli studi precedenti, esperienze lavorative (in campo assistenziale e non); b. motivazione, opzione di scelta e posizione nella graduatoria di ammissione: quali sono le ragioni che hanno determinato la scelta verso l'infermieristica, se si tratti o meno di una prima scelta, e la posizione raggiunta nella graduatoria; c. rendimento accademico: esiti ottenuti negli esami, numero esami non superati; esiti ottenuti nelle esperienze di tirocinio, valutazione ottenuta nell'esame annuale di tirocinio, motivi di eventuali fallimenti nelle prove percepiti/raccontati dagli studenti; tipologia di studio adottata (superficiale vs. profondo); d. contestuali attività/esperienze durante la frequenza al corso di laurea: <i>life events</i> particolari (es. malattie, decessi in famiglia), esigenza di lavorare durante il corso (difficoltà economiche), numero di ore lavorate alla settimana e ambito; esperienze estere (es. <i>Erasmus</i>); e. gradimento dello studente sull'esperienza vissuta al Corso di laurea: NRS 0 per nulla - 10 massima soddisfazione. <p>Ciascuna variabile è stata indagata tramite questionario che costituiva la base per un'intervista strutturata. Gli esiti accademici degli studenti sono stati invece raccolti nei database previa autorizzazione degli studenti coinvolti. Le interviste sono state condotte annualmente sino alla fine del</p>

	<p>percorso di studi.</p> <p><i>Variabili indipendenti: struttura</i></p> <p>Non erano ancora del tutto noti neppure i fattori strutturali che hanno una qualche influenza sull'abbandono e/o sul successo accademico. Tali fattori, censiti solo in parte dalla letteratura, riguardano le risorse strutturali e/o umane del Corso di laurea, ma anche alcuni elementi del piano degli studi. Sono stati preliminarmente raccolti i dati riguardanti:</p> <ol style="list-style-type: none"> impegno didattico: numero di ore di didattica frontale offerta allo studente; impegno tirocinio: numero di ore di didattica clinica offerta allo studente; impegno laboratori: numero di ore di didattica tutoriale offerta allo studente; risorse tutoriali: <i>student to tutor ratio</i> sia in sede accademica che in tirocinio; numero studenti per anno: numero di studenti per ciascun anno di corso; modello di tutorato: ovvero modalità con cui gli studenti sono sostenuti durante il loro percorso.
Percorso sperimentale	<p>Preliminare alleanza è stata costruita con il Collegio Ipasvi di Udine. Nell'anno 2009 sono stati realizzati due incontri estensivi di coordinamento tra i tre ricercatori (AP, AD, GV).</p> <p>Nel primo sono stati definiti:</p> <ol style="list-style-type: none"> i contenuti delle schede di consenso informato da somministrare preliminarmente agli studenti al fine di ottenere la loro adesione all'iniziativa; gli strumenti di raccolta dati e le necessarie strategie di costruzione del database. <p>Con particolare riferimento a quest'ultimo, la costruzione dello strumento è avvenuta attraverso una consultazione estensiva della letteratura realizzata da tre Ricercatori, in aggiornamento a quanto riportato nelle tesi di laurea magistrale (responsabili: AP, AD, GV).</p> <p>Nel periodo di intervallo tra un incontro e quello successivo, sono stati elaborati gli strumenti di raccolta dati che sono stati validati (per validità di facciata e di contenuto) nella loro versione definitiva al fine di poter essere utilizzati.</p> <p>Nel luglio 2009 è stata consegnata a ciascuno studente eleggibile, dopo opportuna spiegazione che chiariva anche il supporto del Collegio Ipasvi di Udine, una lettera di richiesta di consenso alla partecipazione allo studio. Il consenso è stato fornito da complessivi 142 studenti immatricolati per la prima volta ai Corsi di laurea in Infermieristica (Udine/Trieste).</p> <p>Nel mese di febbraio 2010, è stata effettuata la prima raccolta dati, somministrando la scheda di base e la scheda CLES. Quest'ultima rappresenta un aspetto innovativo che non era stato originariamente previsto dallo studio e che valuta la qualità percepita dagli studenti degli ambienti di apprendimento clinico.</p> <p>La seconda rilevazione è stata effettuata nel 2010 e nel 2011. La raccolta dati per gli studenti frequentanti è stata realizzata con questionario, mentre quella per gli studenti non frequentanti è stata realizzata con intervista approfondita, al fine di catturare e meglio comprendere i fattori di insuccesso.</p>
Indicatori di processo	<p>Sono stati considerati quali indicatori di processo:</p> <ol style="list-style-type: none"> le interviste previste condotte nel rispetto delle modalità e dei tempi predefiniti; l'inserimento dei dati nell'apposito database strutturato; il <i>report</i> annuale indirizzato alle parti coinvolte nello studio.
Indicatori di risultato	<p><i>Variabili dipendenti: esiti</i></p> <p>Nello studio sono stati monitorati ed assunti quali esiti:</p> <ol style="list-style-type: none"> l'intenzione ad abbandonare gli studi: ovvero il desiderio di lasciare o

	<p>sospendere la frequenza.</p> <ul style="list-style-type: none">b. l'abbandono: ovvero lo studente che ha lasciato gli studi;c. il successo accademico e il mancato successo accademico, ovvero:<ul style="list-style-type: none">1. successo accademico: studenti che hanno ottenuto i crediti formativi universitari previsti (180 CFU) per l'ammissione all'esame di Laurea entro il triennio accademico di durata formale degli studi;2. mancato successo: studenti che non hanno completato gli studi nel triennio accademico di riferimento per mancato raggiungimento dei crediti formativi previsti (iscritti nella posizione di ripetenti o fuori corso) o per abbandono formale (<i>drop out</i>).
Esiti/Outcome	<p>Saranno presentati in sede congressuale i dati riguardanti:</p> <ul style="list-style-type: none">a. <i>trend</i> nazionali e internazionali del fenomeno oggetto di studio;b. descrizione del campione (caratteristiche socio-demografiche);c. tassi assoluti di successo/insuccesso accademico;d. correlazioni rispetto alle variabili analizzate (riflessione su risultati attesi e ottenuti);e. dibattito rispetto alle evidenze internazionali;f. raccomandazioni emergenti per il contesto italiano: lettura dell'abbandono alla luce della riforma universitaria, possibili aree di intervento, fattibilità e sostenibilità degli interventi;g. future prospettive di ricerca.

[<Indietro](#)

[Indice](#)

[Avanti>](#)

Tutti i contributi proposti

Titolo	Informatizzazione (<i>paper-free</i>) del Fascicolo Socio-Sanitario in RSA e RSD: comparazione (cartaceo VS informatizzato) dei risultati sulla natura/qualità delle informazioni registrate
Azienda	Casa di Cura Villa San Benedetto
Unità operativa	RSA - RSD
Città	Albese con Cassano (Co)
Indirizzo (della struttura)	Via Roma 16
Email	e.fumagalli@ospedaliere.it
Referente (unico) per contatti	Emanuele Fumagalli
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Fumagalli Emanuele , Direttore Servizio Inf.Co - <i>Project Manager</i> Rompani Federica , Coordinatore Area Infermieristica Rsa Sacchi Fausta , Coordinatore Area Infermieristica Rsd
	PROGETTO
Progetto iniziato il	1 dicembre 2010
Progetto terminato il	31 gennaio 2012
Obiettivo del Progetto	Superare le criticità di seguito elencate: <ul style="list-style-type: none"> - assenza di un'efficace integrazione delle informazioni tra le diverse figure professionali (medico-infermiere-animatore-assistente sociale-fisioterapista-educatore); - presenza di informazioni lacunose per alcuni aspetti, ridondanti e/o scarsamente rilevanti per altri; - difficoltà nella consultazione delle informazioni inerenti la degenza e nella costruzione della "storia" degli ospiti. Tali criticità sono determinate da cause quali: <ul style="list-style-type: none"> - separazione della documentazione delle diverse figure professionali; - crescente complessità della documentazione in RSA-RSD; - assenza di supporti informatici utili a guidare le fasi di compilazione e a fornire controlli di adeguatezza.
Strutture coinvolte	Azienda
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<i>Interventi pianificati e tempi previsti</i> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione e scelta dei <i>software</i> (entro dicembre 2010). - Affidamento dello sviluppo del <i>software</i> alla società scelta (entro gennaio 2011). - Acquisto <i>hardware</i> e predisposizione rete <i>wireless</i> (entro marzo 2011). - Sviluppo e configurazione del software per tappe e sulla base delle esigenze interne: <ul style="list-style-type: none"> - modulo diario/parametri (entro marzo 2011) - modulo Valutazioni iniziali, Scale, Prescrizioni diagnostiche (entro giugno 2011) - modulo PAI (entro ottobre 2011) - modulo Terapie (entro dicembre 2011). - Sperimentazione del FSS completamente informatizzato (da gennaio 2012). - Utilizzo a regime (da febbraio 2012). <i>Risorse necessarie per la realizzazione del progetto</i> <ul style="list-style-type: none"> - Acquisto licenze software e personalizzazione dei programmi. - Installazione rete <i>WiFi</i>. - Acquisto PC portatili e integrazione PC fissi in RSA-RSD. - Formazione d'aula e sul campo per circa 65 utilizzatori.
Indicatori di risultato	Attraverso uno studio retrospettivo saranno analizzati, nel corso dei prossimi mesi, i contenuti delle informazioni (con particolare riferimento a quelle infermieristiche) relative al 25% dei FSS della RSD e del 25% dei FSS della RSA (scelti casualmente) per un periodo di 30 giorni di degenza; i risultati saranno comparati con rilevazione analoga su FSS cartacei. La bontà del progetto sarà valutata attraverso indicatori di risultato, quali:

	<ul style="list-style-type: none">- aumento significativo del numero di annotazioni infermieristiche per ospite valutate come rilevanti e attinenti allo specifico professionale (come da definizione dello studio);- riduzione significativa del numero di annotazioni infermieristiche non rilevanti o ridondanti (come da definizione dello studio).
Esiti/Outcome	Attraverso la somministrazione di apposito questionario a tutti gli utilizzatori del <i>software</i> (circa 65 operatori professionali) si valuterà il livello di soddisfazione nell'uso del FSS informatizzato rispetto al cartaceo, in termini di: <ul style="list-style-type: none">- praticità di utilizzo;- utilità professionale e rispondenza rispetto alle proprie aspettative;- integrazione delle informazioni;- rintracciabilità delle informazioni.

Titolo	Formazione specifica dell'OSS in sala operatoria
Azienda	ASL AT
Dipartimento/Distretto	Chirurgico
Unità operativa	Blocco Operatorio
Città	Asti
Indirizzo (della struttura)	Corso Dante, 202
Email	bergese.bogliolo@virgilio.it
Referente (unico) per contatti	Bergese Bogliolo Patrizia
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Bosso Giuseppina , Coordinatrice Infermieristica Blocco Operatorio Bergese Bogliolo Patrizia , Responsabile Assistenza Dipartimento Chirurgico Pegoraro Maria Teresa , Presidente Collegio IPASVI e Docente del corso di formazione
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Marzo 2010
Sperimentazione terminata il	In corso
Obiettivo della Sperimentazione	Favorire l'inserimento dell'Operatore Socio Sanitario nel complesso processo di assistenza all'intervento chirurgico, in un'ottica di integrazione delle <i>équipe</i> multiprofessionali.
Strutture coinvolte	Unità operativa Dipartimento/Distretto
Sperimentazione	Monoprofessionale
Disegno progettuale	Tale progetto ha comportato l'analisi dell'attività di assistenza chirurgica rispetto alle diverse tipologie di intervento, individuando la categoria di bassa complessità. A seguire è stato progettato un intervento formativo rivolto agli OSS in servizio al Blocco Operatorio, della durata di 200 ore (80 ore d'aula e 120 ore di tirocinio suddivise in 3 moduli), al termine del quale è stata rilasciata l'abilitazione.
Percorso sperimentale	A livello organizzativo è stata richiesta l'omogeneizzazione dei programmi operatori, che ha visto l'inserimento in tali sedute degli operatori formati, secondo un criterio di rotazione previsto dal planning settimanale. Tale criterio permette infatti il mantenimento delle competenze nel complesso settore operatorio.
Indicatori di processo	- Aumentato coinvolgimento degli OSS durante tutto il processo chirurgico. - Competente supporto durante l'assistenza intraoperatoria.
Indicatori di risultato	- Miglioramento del livello di integrazione all'interno dell' <i>équipe</i> Assistenziale.
Esiti/Outcome	- Disponibilità di risorsa OSS formata per circa 2 sedute giornaliere di interventi a bassa/media complessità. - Recupero di tempo/risorsa infermieristici a favore della verifica delle attività in accordo con la <i>check list</i> di sicurezza.

Titolo	Sostegno all'apprendimento del ragionamento clinico dello studente infermiere: risultati di una sperimentazione nel Corso di laurea in Infermieristica della sede di Asti
Azienda	Università degli Studi di Torino
Dipartimento/Distretto	Facoltà di Medicina e Chirurgia
Unità operativa	Corso di laurea in Infermieristica
Città	Asti
Indirizzo (della struttura)	Piazzale de Andrè
Email	fabrizia.pelle@unito.it
Referente (unico) per contatti	Pelle Fabrizia
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Abba Teresa , Coordinatrice Corso di laurea in Infermieristica Pelle Fabrizia , Tutor pedagogico CLI Cazzulo Manuela , Docente Fagiano Stefania , Docente Molinar Min Monica , Docente Sciretti Massimiliano , Docente Tagliabue Andrea , Docente
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Settembre 2010
Sperimentazione terminata il	Settembre 2011
Obiettivo della Sperimentazione	Valutare l'impatto del metodo assistenziale professionalizzante (MAP) quale strumento di progettazione formativa dell'insegnamento dell'infermieristica e quale attivatore del processo di ragionamento clinico a partire dal 1° anno di Corso.
Strutture coinvolte	Altre aziende/altro
Sperimentazione	Monoprofessionale
Disegno progettuale	La sperimentazione è stata condotta attraverso uno studio di tipo quantitativo descrittivo trasversale
Percorso sperimentale	<i>Fase progettuale</i> <ul style="list-style-type: none"> - costruzione dello strumento per la progettazione dell'insegnamento dell'infermieristica secondo il MAP; - costruzione dello strumento per il sostegno dello studente durante il processo di ragionamento clinico; - progettazione del corso di formazione; - costruzione degli strumenti di valutazione. <i>Fase operativa, ambito teorico</i> <ul style="list-style-type: none"> - attuazione del Corso di formazione per docenti e collaboratori alla didattica; - utilizzo dello strumento per la progettazione dell'insegnamento delle infermieristiche del I e II semestre; - valutazione ambito teorico. <i>Fase operativa, ambito clinico</i> <ul style="list-style-type: none"> - attuazione del Corso di formazione per tutor e Infermieri guida; - applicazione dello strumento a sostegno del processo di ragionamento clinico durante i periodi di tirocinio; - valutazione in ambito clinico.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione al corso di formazione. - Utilizzo dello strumento di progettazione formativa. - Utilizzo dello strumento a sostegno del processo di ragionamento clinico.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Il percepito di docenti e collaboratori alla didattica sull'efficacia dello strumento di progettazione formativa. - Il percepito dei Tutor e degli Infermieri guida sulla capacità dello strumento di sostenere/guidare lo studente nel processo di ragionamento clinico. - Il percepito degli studenti in merito all'utilizzo dello strumento quale facilitatore della conduzione del processo infermieristico

	nelle fasi di accertamento e ragionamento diagnostico.
Esiti/Outcome	<p>Dalla valutazione del percepito da parte degli utilizzatori del metodo assistenziale professionalizzante emerge un valore medio del grado di accordo rispetto alla sua utilità nel permettere di:</p> <ul style="list-style-type: none">- identificare i bisogni di assistenza infermieristica;- definire e attuare gli interventi assistenziali appropriati;- salvaguardare la visione olistica della persona assistita;- rafforzare l'impostazione mentale dello studente rispetto allo sviluppo della capacità di pensiero critico;- distinguere le azioni di pertinenza degli Infermieri da quelle degli altri operatori.

TITOLO	Adozione del sistema "Family Centered Care"
Azienda	Collegio Ipasvi BARI
Città	Bari
Indirizzo (della struttura)	Viale Salandra n 42 - 70124 - Bari
Email	qualita.poliba@libero.it
Referente (unico) per contatti	Carmela Marseglia
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto/Sperimentazione	Carmela Marseglia , Infermiera pediatrica, Ufficio Qualità, Accreditamento e Sviluppo Organizzativo dell'Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari Andreula Saverio , Infermiere, U.O. Malattie Respiratorie dell'Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari Roberto Greco , Infermiere coordinatore teorico-pratico del Corso di laurea in Infermieristica, ASL BA
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	26/10/2010
Progettazione terminata il	06/06/2011
Obiettivo del Progetto	<p>Creare un nuovo modello organizzativo orientato/teso all'implementazione del processo di umanizzazione in pediatria.</p> <p>Obiettivi specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aumentare la partecipazione dell'utente all'assistenza e promuoverne l'autonomia (centralità del cittadino); - garantire il collegamento tra le pediatrie aziendali e l'accesso a una banca dati su buone prassi in sanità; - promuovere un costante approfondimento del contenuto della relazione infermiere/bambino/famiglia; - creare e condividere dei codici linguistici comuni; - favorire l'adozione di modelli concettuali dell'assistenza infermieristica; - individuazione di indicatori specifici dell'area pediatrica.
Strutture coinvolte	Figure professionali coinvolte nel progetto - infermieri- infermieri pediatrici-OSS.
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p>Il riconoscimento di una maggiore centralità della persona nel processo di cura e l'affermazione del processo di nursing come disciplina autonoma fanno sì che l'infermiere sia consapevole di un processo di assistenza che lo porta ad identificare i problemi della persona, ad ipotizzarne un percorso di risoluzione e, quindi, ad avvertire la necessità di strumenti nuovi e più completi. Un percorso inevitabile è la necessità di integrare i bisogni della famiglia e del bambino e i saperi dei professionisti della sanità per garantire il difficile compito di accogliere, curare e tutelare i bambini nella faticosa stagione della sofferenza.</p> <p>Il benessere del bambino è inestricabilmente legato al benessere della sua famiglia e della comunità in cui vive.</p> <p>La "Family Centered Care" è una modalità di pratica assistenziale che riconosce la centralità della famiglia nella vita del bambino con problemi di salute e l'inclusione del contributo e del coinvolgimento della famiglia nel piano assistenziale.</p> <p>Il concetto di fondo è che occorre prestare attenzione e cercare di soddisfare i bisogni non solo del bambino, ma quelli di tutta la famiglia impegnata accanto a lui nel processo di recupero della salute e dell'autonomia. L'assistenza centrata sulla famiglia richiede che l'infermiere possieda ed usi conoscenze professionali e abilità per supportare la partecipazione del bambino e della famiglia nell'ambiente ospedaliero e nella comunità.</p> <p>L'obiettivo è mantenere e rinforzare i ruoli all'interno della famiglia e i</p>

	<p>legami tra di essa ed il bambino ricoverato, per promuovere la normalità del funzionamento familiare.</p> <p>A tal fine è stato organizzato un corso ECM rivolto a infermieri, infermieri pediatrici, infermieri dell'area neonatologica e pediatrica della Regione Puglia, svolto presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria del Policlinico di Bari.</p>
Percorso sperimentale	<p>La formazione è stata realizzata con: lezioni frontali, discussioni di casi, attività di laboratorio in aula, tirocinio sul campo, questionari modulari, ricerche nazionali ed internazionali e presentazione finale di un modello lavorativo da proporre nella propria Unità Operativa di appartenenza.</p> <p>La formazione sul campo è avvenuta con l'ausilio di griglie di osservazione e di questionari.</p> <p>I partecipanti hanno compilato, durante il turno di lavoro 4 tipologie di schede:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Adattamento al parto e alla nascita del bambino. 2) Relazione familiare-infermiere. 3) Adattamento al contesto del ricovero. 4) Questionario sulla Carta dei Diritti del Bambino in Ospedale. <p>Le schede n. 1 e n. 3, sono state create da un gruppo di psicologi e valutate da un gruppo infermieristico. La scheda n. 3 (adattamento al ricovero) è già inserita nella Cartella Infermieristica a livello regionale. La scheda n.1 (parto e alla nascita) è stata tarata durante questo stesso percorso formativo che ha visto coinvolti gli infermieri di neonatologia. La scheda n. 2 (relazione) è stata realizzata da un gruppo di infermieri esperti in comunicazione. Il questionario (n. 4) è stato adattato dalla Guida di autovalutazione della Carta dei Diritti del Bambino realizzata in Toscana. La somministrazione delle schede è stata diversificata, così che alcune sono state completate in numero maggiore rispetto ad altre in base al tipo di scheda, all'edizione del corso, alla conoscenza dell'argomento da parte del partecipante, al tipo di attività svolta dall'operatore.</p> <p>Non è stato realizzato un campionamento del paziente e/o famiglia oggetto di osservazione perché oggetto era la sperimentazione delle schede di osservazione e gestione delle stesse da parte dei colleghi. Per limitare elementi di soggettività i partecipanti hanno ricevuto l'indicazione di osservare il primo paziente del loro giorno di formazione sul campo e su ogni scheda è stato riportato il numero di cartella clinica per ulteriori valutazioni.</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - N. di edizioni del corso effettuate: 3 - N. di operatori (op) formati: 203 - N. schede di rilevazione compilate: 694. I partecipanti hanno compilato, durante il turno di lavoro le 4 tipologie di schede. Le schede erano così ripartite: <ol style="list-style-type: none"> 1) Adattamento al parto e alla nascita del bambino: n. 139. Le schede sono state compilate dagli infermieri delle UU.OO. di Neonatologia durante la I e la II edizione. 2) Relazione familiare-infermiere (F-I): n. 308. Sono state compilate almeno 2 schede per op, all'ingresso e alla dimissione di un paziente. 3) Adattamento al contesto del ricovero: n. 115. Ciascun op ha compilato da 3 a 5 schede. 4) Questionario per la raccolta di indicatori sul processo di adozione della Carta dei Diritti del Bambino in Ospedale: n. 132.
Indicatori di risultato	<p>I dati raccolti discussi in aula, sono presentati in sintesi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adattamento a parto e nascita: evidenziati fattori di rischio materni (es. umore depresso 14%; affaticabilità 17%) e del bambino (es. frequente pianto 24%; difficoltà ritmo alimentazione/ sonno 26%), aspetti della relazione madre/bambino/partner (incertezza capacità materne 55%), un 40% di stili relazionali gen/ bambino a rischio, supportato da stili

	<p>relazionali gen/op collaborativi (63%)</p> <ol style="list-style-type: none">2. Relazione F-I: la richiesta di informazioni su salute e organizzazione della degenza emerge in tutte le fasi (accesso e erogazione 98%; dimissione 94%).3. Adattamento al ricovero: esplorato lo stile relazionale gen/op (adeguato 76%), bambino/op (adeguato 49%), gen/bambino (adeguato 61%), la reazione a procedure assistenziali (adeguata 60%), la socializzazione tra pari (adeguata 71%), l'atteggiamento verso l'ambiente (adeguato 56%).4. Questionario Carta dei Diritti: sono fornite le % di risposta rispetto agli indicatori previsti.
Esiti/Outcome	<p>I discendenti hanno utilizzato le schede illustrate in aula, hanno fatto proposte per perfezionarle e ipotizzato interventi per modificare alcune criticità evidenziate.</p> <p>Sono stati presentati nuovi progetti di miglioramento, tra cui alcuni per l'implementazione della Family Centered Care:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Allestimento, nelle pediatrie e neonatologie di spazi comuni per le mamme.2) STEN: Servizio Trasposto in Emergenza Neonatale - aggiornamento per infermieri di Neonatologia.3) Interventi infermieristici nella prevenzione e cura del dolore e dello stress nelle TIN pugliesi - rivolto a chi opera con il neonato.4) Diffusione delle attività erogate dai consultori tramite il sito del Collegio Ipasvi di Bari e pubblicazione di articoli nella rivista "Filodiretto".5) Adozione della Carta dei Servizi per il Percorso Nascita per una maggiore informazione alla coppia in attesa <p>La commissione del Network "Gli Ospedali di Andrea" all'interno del premio "Lavinia Castagna 2011" - Per la promozione della salute e per il miglioramento dell'umanizzazione e della qualità dell'assistenza infermieristica in area pediatrica - ha conferito al <i>Collegio Ipasvi di Bari</i> una ATTESTAZIONE DI MERITO per il corso di formazione "Family Centered Care" con la seguente motivazione: "...il progetto risulta estremamente interessante nella sua impostazione teorica-pratica e anche alla luce di un lavoro svolto da un gruppo di professionisti impegnati all'interno dell'organo associativo professionale".</p>

Titolo	Elaborazione, sperimentazione e audit sul Foglio Unico di Terapia (FUT) in 3 case di riposo/protette della Romagna
Azienda	La Riabilitazione srl
Dipartimento/Distretto	Case Protette/Case di Riposo
Unità operativa	La Riabilitazione srl
Città	Bellaria - Igea Marina
Indirizzo (della struttura)	Via Torre, 35
Email	info@lariabilitazione.com
Referente (unico) per contatti	Roberta Massi
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Massi Roberta , Infermiera AD, La Riabilitazione srl Suvad Maleskic , Infermiere Referente Case Protette Nonni Luana , Infermiera Referente Casa del Fanciullo Merendi Giulia , Responsabile Qualità Riabilitazione
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Ottobre 2009
Sperimentazione terminata il	In corso
Obiettivo della Sperimentazione	<ul style="list-style-type: none"> - Articolare un Foglio Unico di Terapia (FUT) da adottare nelle strutture in cui la Riabilitazione fornisce assistenza infermieristica. - Applicare la raccomandazione ministeriale e regionale inerente la modalità di prescrizione dei farmaci. - Applicare la raccomandazione regionale inerente la somministrazione di farmaci anche al bisogno. - Attivare un'attività di <i>audit</i> per valutare aderenza a buone pratiche a un anno dall'inizio della sperimentazione dell'ultima versione FUT. - Formare un gruppo d'Infermieri per diffondere le buone pratiche relative a prescrizione/somministrazione dei farmaci.
Strutture coinvolte	Altre Aziende/Altro
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p><i>Problema</i></p> <p>La Riabilitazione fornisce assistenza infermieristica in svariati contesti tra cui, molto sviluppato, è l'ambito delle Case protette, Case di riposo, Centri Diurni, anche per soggetti con dipendenze patologiche e doppia diagnosi. In tali contesti il ricorso a terapia farmacologica è molto frequente e, per la tipologia di ospiti e pazienti assistiti, se pur per ragioni differenti, la prescrizione dei farmaci e la loro somministrazione sono fasi di un processo particolarmente delicato e quindi a rischio di errore. In tali contesti non si sono mai verificati eventi sentinella relativi al processo di gestione del farmaco, ma si rilevavano mancati incidenti (<i>near miss</i>) relativi alla difficoltà di lettura della prescrizione o alla presenza costante di terapie al bisogno senza il necessario corredo di parametri ai quali attenersi per somministrare o meno la terapia ai pazienti/ospiti.</p> <p><i>Soluzione</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ridurre a un unico 'foglio' i differenti moduli relativi a prescrizione/somministrazione della terapia e sperimentare l'uso di un Foglio Unico di Terapia (FUT) in almeno tre case protette. - Diffondere ed applicare buone pratiche inerenti le fasi prescrizione/somministrazione compresa quella "al bisogno" rivolte ai Medici di Medicina Generale ed agli Infermieri. - Elaborare <i>reminder</i> delle buone pratiche ad uso dei professionisti. - Elaborare indicatori specifici da utilizzare per <i>audit</i>. <p><i>Verifica dei risultati</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tutti gli ospiti delle strutture in cui si effettua sperimentazione dovranno avere un Foglio Unico di Terapia FUT. - Verificare l'aderenza alle buone pratiche già diffuse, pianificando l'attività di audit sul Foglio Unico di Terapia entro 18 mesi dalla introduzione del FUT.

Percorso sperimentale	<ul style="list-style-type: none"> - Costruzione del Foglio Unico di Terapia (FUT). - Elaborazione di un <i>reminder</i> tascabile con le raccomandazioni di buona pratica ad uso dei professionisti. - Sei mesi di sperimentazione – inizio ottobre 2009 – con applicazione del FUT in una sola Casa Protetta nel territorio dell'AUSL di Cesena. - Monitoraggio dei <i>near miss</i> e degli eventi avversi (<i>se</i>) durante il semestre di sperimentazione. - Apporto di modifiche migliorative sul FUT (I Versione). - Estensione sperimentazione del FUT (II Versione) ad altre due case protette nel territorio della AUSL di Rimini da maggio 2010. - Monitoraggio dei <i>near miss</i> e degli eventi avversi (<i>se</i>) durante il semestre di sperimentazione. - Apporto di modifiche migliorative sul FUT (III Versione). - Applicazione sperimentale FUT (III Versione) in tre Case Protette da gennaio 2011. - Identificazione degli indicatori e pianificazione dell'<i>audit</i> relativo all'aderenza dei comportamenti professionali alle raccomandazioni di buona pratica contenute nel <i>reminder</i>. - Preparazione/formazione degli Infermieri rilevatori. - Scelta del campione dei FUT (scelta casuale del 10 % dei FUT in uso in ciascuna Casa Protetta). - Pianificazione Attività di <i>audit</i> entro ottobre 2011. - Restituzione risultati <i>audit</i> ed identificazione aree di miglioramento entro dicembre 2011. - Sperimentazione di informatizzazione del FUT in una Casa Protetta specifica (<i>leadership</i> attenta alla sicurezza del paziente (<i>pt safety</i>)).
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Campione: 497 prescrizioni/somministrazioni pari ad una media di 7 prescrizioni/somministrazioni a FUT 1. Rilevazione delle non conformità = valore atteso <30% stesso periodo (anno 2008). <i>Risultato</i> = rilevate 97 NC nei primi sei mesi. Dato più elevato rispetto allo storico, forse dovuto a monitoraggio più attento. - La tipologia di NC è così rappresentata: <ul style="list-style-type: none"> - N. prescrizioni di terapia non completa pari al 72% delle NC; - Firma di somministrazione in orario sbagliato pari al 6% delle NC; - Firma di somministrazione in data sbagliata pari al 6% delle NC; - Presc. del farmaco con nome commerciale anziché principio attivo pari al 15,4 % delle NC. 2. Indicatore AUDIT: n. prescrizioni non leggibili/n. totale presc. di terapia = Valore atteso < 5%. <i>Risultato</i> = 0 prescrizioni non leggibili.
Indicatori di risultato	<p><i>Campione:</i> 497 prescrizioni/somministrazioni pari ad una media di 7 prescrizioni/somministrazioni a FUT.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indicatore AUDIT: FUT ad ogni ospite / totale ospiti nella struttura alla data dell'audit = Valore atteso > 95%. <i>Risultato:</i> Tutti gli ospiti hanno un FUT. 2. Indicatore AUDIT: prescrizione al bisogno conforme a buona pratica/ totale pres. al bisogno rilevate = Valore atteso > 80%. <i>Risultato:</i> Il 91,33% conforme a buona pratica. L'8,67% delle prescrizioni al bisogno non è conforme alle raccomandazioni di buona pratica: manca la dose massima raggiungibile nelle 24 ore (7,50% delle prescrizioni) e parametri di controllo (1,17% delle prescrizioni).
Esiti/Outcome	<p><i>Indicatori di esito</i> Indicatore: Evento sentinella per errore di terapia farmacologica/ numero totale ospiti e pazienti = zero (0) eventi. <i>Risultato:</i> Nessun evento sentinella rilevato.</p>

Titolo	Gestione proattiva del rischio clinico in sala operatoria mediante l'applicazione del metodo FMECA
Azienda	ULSS 1 Belluno
Dipartimento/Distretto	Chirurgico
Unità operativa	Blocco Operatorio
Città	Belluno
Indirizzo (della struttura)	Viale Europa 21
Email	Marika_darold@libero.it
Referente (unico) per contatti	Da Rold Marika
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Da Rold Marika , Infermiera strumentista Bighetti Mirco , Infermiere Chitano Maria Pia , Coordinatrice Gavaretti Donatella , Infermiera
	PROGETTO
Progetto iniziato il	Febbraio 2011
Progetto terminato il	Ottobre 2011
Obiettivo del Progetto	Migliorare la sicurezza del paziente e promuovere la qualità dell'assistenza infermieristica in sala operatoria mediante l'applicazione del metodo FMECA, per evidenziare le aree ritenute maggiormente critiche su cui poi attivare azioni di miglioramento.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p>Studio non sperimentale, osservazionale, descrittivo, quantitativo.</p> <p><i>Razionale</i> Un programma di gestione del rischio clinico utilizza diverse tipologie di strumenti per l'analisi del rischio, analizzando gli eventi avversi con metodi di tipo reattivo o analizzando i processi per prevenire gli eventi con modalità di tipo proattivo. Molti sono gli approcci possibili per la valutazione della qualità e della sicurezza del paziente, ma se l'obiettivo è realizzare un processo sanitario sicuro, l'approccio proattivo è da preferire a quello reattivo.</p> <p><i>Setting</i> Lo studio è stato condotto presso il Blocco Operatorio dell'azienda ULSS Belluno; esso è composto da sei sale operatorie, ciascuna dedicata ad una specialità chirurgica. Tutto il personale presta servizio, a rotazione, in tutte le sale. È stato costituito un gruppo di lavoro composto da 3 Infermieri, con esperienza lavorativa di almeno 3 anni e dalla Coordinatrice.</p> <p><i>Criteri inclusione/esclusione</i> È stata effettuata una mappatura di tutte le attività di sala operatoria, ad esclusione dei processi di lavaggio/sterilizzazione dei ferri chirurgici e le attività assistenziali inerenti l'induzione e/o il mantenimento dell'anestesia.</p> <p><i>Metodo</i> Dalla presa in carico del paziente, per ciascuna attività si individuano i possibili errori, le cause e gli effetti degli errori; si classificano poi per priorità di rischio e sulla base di queste s'implementano delle azioni correttive in grado di ridurre l'indice di priorità del rischio (IPR).</p> <p><i>Risultati</i> Lo studio ha condotto all'individuazione di 31 attività principali dalla quale sono emersi 81 modi di guasto/errore. L'IPR più elevato è stato di 64, mentre il più basso di 4. Le azioni correttive sono state elaborate per l'attività con IPR maggiore "mancato conteggio dello strumentario</p>

	chirurgico”.
Percorso sperimentale	<ul style="list-style-type: none">- Dopo la scelta, il processo è stato destrutturato e si sono identificate le attività che lo compongono.- Per ogni attività si sono individuati i possibili errori.- Si sono descritti i danni che potrebbe subire il paziente in caso di accadimento dell'errore.- Per ogni errore si sono individuate le possibili cause.- Per ogni errore sono stati assegnati dei pesi relativi a gravità G (danno che il paziente può subire in conseguenza all'accadimento dell'errore), probabilità P (frequenza di accadimento dell'errore), rilevabilità R (livello delle misure di controllo già presenti nel processo), che consentono di individuare precocemente gli errori).- È stata utilizzata una scala con valori da 1 a 5; ciascuno dei componenti del gruppo ha valutato individualmente ogni attività, si è poi proceduto a fare una media dei valori attribuiti ad ogni dimensione per calcolare l'IPR.- È stato eseguito il calcolo dell'IPR, moltiplicando $G \times P \times R$.- Si sono infine determinate le azioni di miglioramento da avviare. Poiché non esiste un valore assoluto dell'IPR per determinare a quale soglia è opportuno intervenire, si è deciso di prendere in considerazione l'attività con l'IPR più elevato.- L'applicazione del criterio ha permesso di identificare la criticità “mancato conteggio strumentario chirurgico” come attività considerata meritevole di priorità d'intervento.- Si sono prospettate delle azioni correttive: creazione di una procedura e introduzione “modulo conteggio strumentario chirurgico”.- Dopo 6 mesi, sono stati presi in considerazione gli interventi svolti in un mese nella sala chirurgica del Blocco Operatorio escludendo quelli effettuati in laparoscopia e quelli in cui non è avvenuta l'apertura della cavità peritoneale, retroperitoneale, pelvica e toracica. È emerso che nell'88% dei casi è stato effettuato il conteggio ferri chirurgici secondo procedura, utilizzando il nuovo modulo.

TITOLO	Introduzione e Implementazione di strumenti per la prevenzione delle cadute in Ospedale: "Progetto di formazione sul campo"
Azienda	ULSS 1 BELLUNO
Dipartimento/Distretto	Gestione delle Risorse Umane
Unità operativa	Servizio del personale - Ufficio Formazione ed Aggiornamento
Città	Belluno
Indirizzo (della struttura)	via Feltre, 57
Email	ufficio.formazione@ulss.belluno.it
Referente (unico) per contatti	Moretti Noemi Giuseppina
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	<p>Di Silvio Lucio, Direttore Sanitario dell'Azienda ULSS 1 - Belluno Bortot Tiziana, Direttore Dipartimento Gestione delle Risorse Umane De Col Sandro, Direttore dell'Ospedale di Agordo e Coordinatore di Distretto Zanella Raffaele, Direttore degli Ospedali di Belluno e del Cadore Camarotto Gianni, Responsabile Servizi Infermieristici Ospedale del Cadore De Tomas Isora, Responsabile Servizi Infermieristici Ospedale di Belluno Moretti Noemi Giuseppina, Responsabile Servizi Infermieristici Ospedale di Agordo D'Alessandro Nicoletta, Responsabile Ufficio Formazione ed Aggiornamento Pennini Annalisa, Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Direttore Scientifico di Format, Esperto Esterno</p>
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	15 maggio 2010
Progettazione terminata il	In corso
Obiettivo del Progetto	<ul style="list-style-type: none"> - Supportare gli Infermieri nell'introduzione e implementazione di strumenti per la prevenzione delle cadute in Ospedale, orientando gli interventi al miglioramento delle competenze dell'assistito e dei suoi familiari, così che il ricovero costituisca momento educativo per migliorare la qualità di vita anche al domicilio. - Sviluppare nei partecipanti consapevolezza nell'identificare e analizzare i problemi legati al contesto e alle pratiche assistenziali in relazione alla sicurezza delle persone.
Strutture coinvolte	Azienda
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>Il progetto di FSC è strutturato in tre fasi tra loro correlate e ha coinvolto direttamente 750 professionisti.</p> <p>La prima fase è costituita da un momento di formazione in aula per condividere e rinforzare alcuni concetti relativi alle cadute e alla loro correlazione con il fenomeno della contenzione. In questo primo incontro vengono presentati i dati disponibili a livello aziendale e consegnato il mandato per la seconda fase del progetto: la fase attuativa. La terza fase prevede nuovamente un momento di formazione in aula per la condivisione dei percorsi effettuati.</p> <p><i>Fase analitica</i></p> <p>I partecipanti analizzano la situazione cadute presso l'Unità Operativa di appartenenza attraverso la rilettura critica dell'ambiente e delle schede di segnalazione di caduta inviate alla Direzione Medica Ospedaliera di competenza nel corso dell'anno precedente e riconsegnate allo scopo al gruppo di lavoro.</p> <p><i>Fase attuativa</i></p> <p>I partecipanti al progetto, all'interno delle loro realtà operative, sperimentano l'introduzione e l'implementazione dei seguenti strumenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compilazione della scala Conley entro 24 ore dall'ingresso di tutti i pazienti in ospedale.

	<ul style="list-style-type: none"> - Compilazione della <i>check list</i> relativa alla sicurezza di ambienti e presidi. - Creazione di una scheda per la standardizzazione degli interventi di prevenzione e sua sperimentazione (+ strumenti informativi). - Creazione e sperimentazione di una scheda di prescrizione e sorveglianza per interventi di contenzione. <p><i>Fase valutativa</i> Il momento valutativo, coincide con un ulteriore momento di formazione in aula per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analizzare e confrontare l'esperienza relativa alla prevenzione delle cadute nelle UU.OO. dell'Azienda ULSS 1 di Belluno. - Analizzare e discutere l'impatto che l'introduzione della scala di Conley ha avuto sulla realtà organizzativa e sull'assistenza. - Confrontare i vari strumenti introdotti nelle UU.OO. e discutere le problematiche emerse durante la sperimentazione. <p>Il gruppo di lavoro sintetizza e diffonde strumenti.</p>
Percorso sperimentale	Vedi disegno progettuale
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Ogni partecipante presiede al momento formativo iniziale e finale (indicatore: firme raccolte sul foglio presenze). - Ogni Unità Operativa ha prodotto una lista di interventi preventivi adottabili e adatti alla realtà assistenziale esaminata, da utilizzare per la formulazione della lista degli interventi standardizzabili utilizzabili in Azienda (indicatore: presenza dell'elenco degli interventi suggeriti). - Ogni Unità Operativa ha prodotto una relazione finale secondo il mandato ricevuto (indicatore: presenza delle relazioni finali in forma cartacea o in formato elettronico utilizzate per la presentazione in aula del lavoro).
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione del rischio di caduta per i soggetti ricoverati (indicatore: ogni assistito al momento del ricovero, nelle prime 24 ore, è stato valutato per il rischio di caduta con l'utilizzo della scala Conley presente nella cartella clinica). - Adozione di interventi preventivi finalizzati alla continuità assistenziale e al miglioramento della qualità della vita (indicatore: ogni assistito risultato a rischio di caduta durante il ricovero, attivata la scheda degli interventi preventivi, riceve il "<i>Decalogo per non cadere</i>" in Ospedale e l'opuscolo "<i>Prevenzione delle cadute a domicilio</i>" - evidenze in cartella clinica).
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione del numero assoluto delle cadute nelle persone ricoverate. - Riduzione della gravità degli esiti conseguenti alle cadute. Riduzione del ricorso alla contenzione.

TITOLO	Educazione del paziente affetto da scompenso cardiaco cronico
Azienda	ULSS 1 Belluno
Dipartimento/Distretto	Ospedale S. Martino
Unità operativa	UTIC
Città	Belluno
Indirizzo (della struttura)	Viale Europa
Email	manuela.chiletto@ulss.belluno.it
Referente (unico) per contatti	Chiletto Manuela
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Tarantini Luigi , Responsabile Ambulatorio Scompenso Cardiaco Cronico (SCC) Chiletto Manuela , Coordinatrice Infermieristica UTIC Da Rold Romina , Infermiera Ambulatorio SCC/UTIC Savi Doriana , Infermiera Ambulatorio SCC/UTIC
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	2 maggio 2009
Sperimentazione terminata il	In corso
Obiettivo della Sperimentazione	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ridurre le ri-ospedalizzazioni dei pazienti affetti da SCC. 2. Riduzione dei costi per ricovero (DRG 127). 3. Migliorare la qualità di vita dei pazienti affetti da SCC. 4. Mantenere la continuità assistenziale.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Vedi percorso sperimentale
Percorso sperimentale	<p>Le cause più frequenti di aggravamento/instabilizzazioni dello SCC sono la scarsa <i>compliance</i> e la non aderenza al regime farmacologico, dietetico e fisico.</p> <p>Il percorso educativo che viene svolto nel nostro Ambulatorio dedicato è un processo personalizzato che ha lo scopo di fornire al paziente e al <i>caregiver</i> le strategie necessarie per favorire l'aderenza alle prescrizioni e promuovere l'attenzione alle proprie cure.</p> <p>Instaurare una buona relazione interpersonale fra Infermiere e paziente è fondamentale per realizzare uno scambio-condivisione di sensazioni o esperienze che portano a produrre una migliore percezione delle cure da parte del paziente.</p> <p>L'intervento infermieristico prevede colloqui educativi in numero e modalità personalizzate. Nella maggioranza dei casi l'intervento educativo prevede la presenza di uno o più familiari che vivono a stretto contatto col paziente. I pazienti vengono arruolati in pre-dimissione o durante la visita cardiologica ambulatoriale.</p> <p>I pazienti ad alto rischio per gravità della malattia o età avanzata o presenza di comorbidità vengono inoltre seguiti telefonicamente.</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - N. pazienti arruolati. - Indice di formazione. - Cartella infermieristica per paziente affetto da SCC.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - N. ricoveri evitati. - Riduzione dei costi per DRG 127. - Raggiungimento di una stabilità clinica, una buona compliance e aderenza, una buona autonomia gestionale.
Esiti/Outcome	<p><i>Risultati al termine del primo anno</i></p> <p>111 pazienti arruolati, 2 pazienti hanno rifiutato di partecipare al progetto. Dei restanti 109, 23 sono andati incontro a destabilizzazione dello SCC; di questi, 14 non hanno avuto bisogno di ricovero.</p> <p>I risultati del secondo anno sono in corso elaborazione.</p>

Titolo	Pronto Intervento Diagnostico
Azienda	A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo
Dipartimento/Distretto	Dipartimento di Oncologia e Ematologia
Unità operativa	USC di Oncologia
Città	Bergamo
Indirizzo (della struttura)	Largo Barozzi, 1
Email	ccaldara@ospedaliriuniti.bergamo.it
Referente (unico) per contatti	Caldara Cristina
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Chiappa Laura , Direttore Sanitario Cesa Simonetta , Direttore Direzione delle Professioni Sanitarie Labianca Roberto , Direttore Dipartimento di Oncologia e Ematologia Tondini Carlo , Direttore USC di Oncologia Caldara Cristina , Responsabile Dipartimento di Oncologia e Ematologia Invernizzi Rosa , Coordinatrice Infermieristica Day Hospital di Oncologia e Ematologia Sironi Pierluigi , Dirigente Medico USC Oncologia Bonacina Monica , Infermiere Day Hospital di Oncologia e Ematologia
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	1 settembre 2011
Progettazione terminata il	31 dicembre 2011
Obiettivo del Progetto	La proposta di progetto viene presentata con gli obiettivi di: - garantire ai pazienti con patologia onco-ematologica un percorso diagnostico assistito di qualità e di continuità tra Ospedale e territorio, impostato sulle peculiarità della problematica oncologica, con le sue implicazioni emotive ed organizzative; - garantire l'esecuzione degli accertamenti strumentali appropriati per il dubbio diagnostico in essere con il minor disagio per il paziente in termini di numero di accessi, di procedure e di tempi di attesa; - ridurre i tempi diagnostico-terapeutici ed eliminare sovrapposizioni e ritardi.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Azienda Altre Aziende/Altro
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Dal 1° settembre 2011 presso la USC di Oncologia è stato attivato un Ambulatorio dal nome <i>Pronto Intervento Diagnostico</i> (PID). Il PID rappresenta un servizio che l'Unità di Oncologia Medica del Dipartimento di Oncologia e Ematologia ha inteso promuovere per la gestione tempestiva ed efficiente dei percorsi di accertamento diagnostico e di stadiazione delle patologie neoplastiche, basato su un principio di appropriatezza e logica multidisciplinare. Si propone l'avvio di un'attività ambulatoriale diagnostica, dove ogni caso che necessiti di accertamenti venga tempestivamente valutato da uno specialista e successivamente affidato ad una figura infermieristica ambulatoriale (sul modello del <i>Case Manager</i>) specificamente dedicata alla programmazione e gestione ottimale dell' <i>iter</i> diagnostico proposto dal medico, fino a completamento dello stesso (con eventuali integrazioni diagnostiche concordate con il medico di riferimento) prima della riprogrammazione della valutazione medica conclusiva. A questo ruolo organizzativo di coordinamento e ottimizzazione del percorso diagnostico del paziente si deve associare la possibilità di canali privilegiati per l'accesso tempestivo ai servizi diagnostici dell'Ospedale (Radiodiagnostica, Neuroradiologia, Endoscopie, ecc) tramite la creazione di agende dedicate concordate con i vari servizi ad accesso prioritario. Questi percorsi diagnostici mirano a potenziare la continuità assistenziale Ospedale-territorio, offrendo ai MMG un chiaro e affidabile punto di contatto ospedaliero per un accesso rapido ed efficace all'approfondimento di qualsiasi dubbio oncologico dei loro assistiti.

	<p>L'implementazione di una figura infermieristica ambulatoriale ha la responsabilità di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - porre attenzione ai bisogni della persona e verifica che le attività proposte siano in linea con la gestione ambulatoriale dell'<i>iter</i> diagnostico; - essere punto di riferimento del paziente e famiglia; - assicurarsi che i pazienti seguano le indicazioni logistiche e le preparazioni diagnostiche; - facilitare la comunicazione fra i membri del <i>team</i> e mantenere i contatti, dove opportuno, con i familiari; - provvedere, ove necessario, all'educazione del paziente/familiari; - raccogliere durante le diverse fasi del percorso le informazioni cliniche e i dati utili al monitoraggio del processo diagnostico; - avvisare tempestivamente il personale medico di qualsiasi evento o informazione che possa condizionare il successivo proseguo dell'<i>iter</i> diagnostico; - assicurare continuità, facilità di integrazione e di coordinamento fra le diverse attività diagnostiche, onde evitare qualsiasi duplicazione o frammentazione degli accertamenti.
Percorso sperimentale	<p><i>Fase progettuale</i> Approvazione del progetto PID - Pronto Intervento Diagnostico da parte della Direzione Sanitaria: entro giugno 2011.</p> <p><i>Fase realizzativa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Incontro conoscitivo promosso dal Direttore Sanitario Dr.ssa Laura Chiappa e condotto dal Direttore di Dipartimento Dr. Roberto Labianca con tutti i Direttori dei servizi interessati (Radiodiagnostica, Medicina Nucleare, Neuroradiologia, Endoscopia Digestiva, Neurofisiopatologia): entro agosto 2011. - Negoziazione con i Servizi dell'Azienda di agende specifiche dedicate: entro agosto 2011. - Implementazione di gruppi di lavoro multidisciplinari che sviluppino dei percorsi clinico/diagnostici specifici per patologia oncologica, partendo dalle linee guida disponibili: entro agosto 2011. - Incontri per l'organizzazione di un <i>contact center</i> (cioè un numero telefonico a disposizione dell'utenza): entro settembre 2011. - Sperimentazione nel progetto PID del modello PID per 4 mesi e consolidamento della riorganizzazione: da settembre a dicembre 2011. - Notifica/diffusione dell'apertura del PID sia agli Ospedali Riuniti di Bergamo, sia ai MAP: entro novembre 2011. - Dopo 4 mesi incontro con i Direttori dei Servizi per un <i>feed-back</i>, ed eventuale revisione delle agende ed organizzazione: entro dicembre 2011. <p><i>Fase valutativa</i> Al termine di 4 mesi di sperimentazione, riunione con tutto il personale coinvolto nel progetto PID per un <i>feed-back</i> circa l'andamento della riorganizzazione: entro dicembre 2011.</p> <p><i>Fase comunicativa</i> Diffusione dei risultati ottenuti al Direttore Sanitario e alla Dirigente della Direzioni delle Professioni Sanitarie tramite una relazione intermedia e finale: settembre 2011, dicembre 2011.</p>
Indicatori di processo	<p>In assenza di standard specifici per i vari <i>iter</i> diagnostici, verranno mantenuti come indicatori <i>standard</i> i tempi medi di attesa per la prima visita oncologica e per tutte le procedure diagnostiche ottenibili nel percorso PID.</p> <p>L'obiettivo è che > 90% delle visite oncologiche e degli esami necessari non abbia un'attesa superiore alle 72 ore dal momento della programmazione della prestazione (salvo per esami che vengono volutamente posticipati per opportunità clinico-logistiche).</p>

	<p>Si creerà un Database per raccogliere indicatori quantitativi in merito al numero di pazienti afferiti al PID e al tipo di patologia. Si terrà, inoltre, un registro dei contatti telefonici. È infine programmata una verifica della soddisfazione degli utenti tramite la <i>Customer satisfaction</i>.</p>
--	--

TITOLO	Centrale Dimissioni Protette
Azienda	Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo
Dipartimento/Distretto	Direzione Professioni Sanitarie
Unità operativa	Centrale Dimissioni Protette
Città	Bergamo
Indirizzo (della struttura)	Largo Barozzi, 1
Email	mcasati@ospedaliriuniti.bergamo.it
Referente (unico) per contatti	Monica Casati
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Cesa Simonetta , Dirigente Direzione delle Professioni Sanitarie Carlessi Maria Teresa , Responsabile Continuità Ospedale Territorio Casati Monica , Responsabile Ricerca Formazione e Sviluppo
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Dicembre 2008
Progettazione terminata il	Dicembre 2010
Obiettivo del Progetto	<ul style="list-style-type: none"> - Garantire alle persone fragili ricoverate la necessaria continuità delle cure ospedaliere, domiciliari e residenziali attraverso una integrazione tra gli interventi assistenziali e un coordinamento dei diversi settori coinvolti. - Favorire un'adeguata analisi della complessità dei problemi presentati dall'utenza, affrontandoli attraverso la valutazione multidimensionale e multidisciplinare, capace di misurare le diverse componenti della fragilità. - Gestire la complessità del percorso di cura attraverso lo sviluppo di competenze idonee.
Strutture coinvolte	Azienda Altre Aziende/Altro
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Il Progetto della Centrale Dimissioni Protette nasce a fine 2008, dall'idea di strutturare un percorso condiviso tra l'A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo, l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bergamo e il Comune di Bergamo per garantire il coordinamento della rete dei servizi intraospedalieri con i servizi territoriali socio-sanitari e socio-assistenziali, per la presa in carico di persone con necessità di continuità di cure dopo il ricovero ospedaliero.
Percorso sperimentale	Il 12 marzo 2009 viene sottoscritto da parte dell'Azienda Ospedali Riuniti di Bergamo, l'ASL di Bergamo e il Comune di Bergamo il "Protocollo d'intesa per l'attivazione dell'unità organizzativa: Centrale Dimissioni Protette". Il 24 febbraio 2010, alla luce dell'accordo sopraccitato, viene sottoscritto l'accordo di collaborazione tra il Comune di Bergamo, l'A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo e l'Associazione Disabili Bergamaschi, finalizzato a garantire i percorsi di continuità assistenziale e sanitaria ad anziani in condizioni di non autosufficienza e a disabili, assicurando agli stessi risposte integrate e globali nel periodo gennaio - dicembre 2010 (validità 1 anno e rinnovato poi fino al dicembre 2011).
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Audit</i> costante sulla funzione operativa nella gestione delle dimissioni "difficili" e supporto alle unità di degenza nella gestione dei percorsi di dimissione strutturati. - Sostegno della funzione formativa ed informativa nei confronti degli Operatori, sia ospedalieri che territoriali, relativa alle tematiche riguardanti il processo di dimissione; effettuati numerosi incontri a diversi livelli e in diversi contesti. - Sviluppo della funzione di osservatorio e di raccolta dati sia per consentire un'analisi degli stessi che per garantire i flussi informativi.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - N. persone prese in carico per la dimissione protetta con attività di sostegno del percorso di assistenza domiciliare richiesta direttamente dal reparto (ADI), fornitura attivazione percorsi già strutturati e ausili per domiciliazione in sicurezza. - N. pazienti presi in carico direttamente dalla Centrale Dimissioni Protette: <ul style="list-style-type: none"> - 2009 (giugno-dicembre): 292 pazienti

- 2010 (gennaio- dicembre): 1.977 pazienti
- 2011 (gennaio -agosto): 1.400 pazienti.

Alla Centrale Dimissioni Protette afferisce anche l'attività delle Assistenti Sociali, il cui numero di interventi è stato il seguente:

- 2010: 334 pazienti.

Questo dato non comprende l'attività di Assistenza Sociale garantita nel Dip. Onco/Ematologico.

- 2011 (8 mesi): 387 pazienti

Questo dato comprende l'attività di Assistenza Sociale garantita nel Dip. Onco/Ematologico.

Titolo	Progetto <i>Care Manager</i>
Azienda	ASLBI - Biella
Dipartimento/Distretto	Direzione Sanitaria
Unità operativa	S.S. Direzione Professioni Sanitarie
Città	Biella
Indirizzo (della struttura)	Via Caraccio 5
Email	croso.antonella@aslbi.piemonte.it
Referente (unico) per contatti	Claudia Gatta
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Croso Antonella , Dirigente Infermieristico Gatta Claudia , RID dipartimento Fabbro Monica , Infermiere De Rossi Valentina , Infermiere SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Febbraio 2010
Sperimentazione terminata il	In corso
Obiettivo della Sperimentazione	<p>La dimissione ospedaliera rappresenta un momento critico sia per il/la paziente sia per la sua famiglia. Ecco allora che la pianificazione della dimissione diventa un'operazione importante e delicata che ha come primaria finalità garantire una dimissione al domicilio più sicura, prevenendo le riammissioni e l'insorgere di altre problematiche che potrebbero allungare i periodi di cura e causare ulteriori disagi per il malato.</p> <p>Al fine di realizzare questo obiettivo s'introduce una figura professionale dedicata, il <i>Care Manager</i>, ossia un Infermiere che interagisce con i/le pazienti per aiutarli a stimolare l'autocura o per educarli a stili di vita più idonei al mantenimento della propria salute.</p>
Strutture coinvolte	Dipartimento/Distretto
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>Nell'ambito della valorizzazione delle professionalità e delle competenze degli operatori e nell'ottica del miglioramento e della personalizzazione dell'assistenza, nell'ASL di Biella è stata focalizzata l'attenzione sulla figura del <i>Care Manager</i> per aree omogenee, nelle quali viene individuata la necessità di garantire al/lla paziente la continuità assistenziale.</p> <p>È stato scelto il profilo di <i>Care Manager</i> invece del più conosciuto <i>Case Manager</i> innanzitutto per la specifica competenza del <i>Care Manager</i> di gestire i percorsi e, secondariamente, per evitare l'utilizzo inflazionato del termine <i>Case</i>, che avrebbe generato dei fraintendimenti tra le competenze aziendali già presenti.</p> <p>A tal fine, la Responsabile della Direzione delle Professioni Sanitarie ha identificato un numero congruo di personale da formare e ha stabilito per tali figure uno specifico percorso di formazione.</p> <p>È stato organizzato un corso di durata superiore alle 100 ore, con contenuti di carattere clinico, organizzativo ed etico/relazionale, per poter formare le competenze specifiche ritenute necessarie per ricoprire tale ruolo e assolvere ai compiti assegnati, che così possono essere individuati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analisi dei casi da prendere in carico e ricerca delle informazioni specifiche; - negoziazione con il/la paziente/parente sugli obiettivi realisticamente raggiungibili; - pianificazione del percorso di dimissione; - impostazione e verifica dei piani educativi; - valutazione del raggiungimento degli obiettivi; - valutazione e gestione delle ferite croniche; - colloqui con parenti, <i>caregiver</i> e paziente; - colloquio con Infermieri territoriali, assistenti sociali ospedalieri e territoriali, MMG; - responsabilità della documentazione assistenziale per la dimissione. <p>Il corso ha avuto avvio nel febbraio 2010 ed è terminato a marzo</p>

	2011; i partecipanti sono stati scelti in base alle attitudini dimostrate dopo un colloquio preliminare con i Responsabili della Direzione delle Professioni e della Formazione e alla luce del loro percorso professionale.
Percorso sperimentale	È stata introdotta la figura del <i>Care Manager</i> in area Medica (che corrisponde a più di un Reparto), cui è stata affidata la presa in carico dei/le pazienti identificati come "dimissioni difficili": con tale definizione s'intende una difficoltà sia di tipo fisico (dipendenza) che di tipo cognitivo (comprensione/scelta) per cui il soggetto non è in grado di mantenersi in equilibrio sull'asse salute/malattia, risultando compromesso, così, il suo percorso di dimissione. La figura del <i>Care Manager</i> ha il ruolo di analisi dei casi e di pianificazione degli interventi.
Indicatori di processo	In tre mesi: - 89 ca. pazienti presi in carico da ciascun CM; - 89 lettere di dimissione; - 39 contatti con i medici di famiglia; - 56 attivazioni di servizi d'assistenza infermieristica domiciliare.
Indicatori di risultato	- Questionario sulla qualità percepita: miglioramento del gradimento da parte dei/le pazienti/parenti. - 22 dimissioni a domicilio con percorso di addestramento del/la paziente o del/la <i>caregiver</i> .
Esiti/Outcome	Nessuna riammissione nei 20 giorni successivi alla dimissione per complicanze di gestione terapie, presidi o medicazioni. 3 riammissioni per: - aggravamento situazione clinica; - caduta accidentale; - altra patologia.

Titolo	Progetto Florence
Azienda	ASL BI - Biella
Dipartimento/Distretto	Dipartimento Medico
Unità operativa	Medicina Interna
Città	Biella
Indirizzo (della struttura)	Via Caraccio 5
Email	claudia.gatta@aslbi.piemonte.it
Referente (unico) per contatti	Gatta Claudia , RID dipartimento
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Croso Antonella , Dirigente infermieristico Bisella Monica , Coordinatrice infermieristica Rosalia Buttà , Coordinatrice infermieristica
	PROGETTO
Progetto iniziato il	Marzo 2007
Progetto terminato il	In corso
Obiettivo del Progetto	<p>Il problema di migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica ospedaliera e di attrarre e trattenere gli Infermieri nella pratica clinica, riducendone il <i>turnover</i> e la carenza, è presente in quasi tutte le realtà operative, ma specialmente nei reparti di Medicina.</p> <p>Il Progetto <i>Florence</i> consiste nella trasformazione del modello organizzativo di assistenza funzionale in un modello di assistenza personalizzata, attraverso l'introduzione di una nuova figura professionale: il <i>Primary Nurse (PN)</i>. Tale cambiamento ha l'obiettivo di rendere più gratificante il lavoro agli Infermieri e, di conseguenza, migliorare la qualità dell'assistenza e diminuire il <i>turn over</i>.</p>
Strutture coinvolte	Unità operativa
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p><i>Presenza in carico del/la paziente:</i> il PN è responsabile del "progetto assistenziale" del/la paziente, valutando con attenzione una serie di aspetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ragioni che hanno portato il/la paziente in ospedale (giudizio clinico); - problemi assistenziali che, con molta probabilità, si protrarranno oltre il ricovero (capacità di previsione); - problemi assistenziali a cui i/le pazienti potrebbero incorrere durante il ricovero (capacità di prevenzione); - obiettivi da raggiungere con il/la paziente durante il ricovero, ovvero: <ul style="list-style-type: none"> a) massima autonomia possibile nelle attività di vita quotidiana; b) massima autonomia possibile nella gestione della propria terapia; c) massima autonomia possibile da parte del gruppo familiare nella gestione del/la paziente. - trasferimento di competenze agli Infermieri territoriali, sia esso servizio territoriale o casa di riposo o continuità assistenziale o altro. <p><i>Assegnazione del/la paziente:</i> i/le pazienti vanno assegnati/e entro un massimo di 24/36 ore dal loro ricovero.</p> <p><i>PAI e prescrizioni:</i> attraverso il PAI il PN programma il piano d'intervento per il/la proprio/a paziente. Il PAI serve per guidare gli interventi quando il PN è assente e non si cambia, se non intervengono "grandi" eventi. Quando il PN è in turno deve cercare di eseguire personalmente la maggior parte degli interventi.</p> <p>Le prescrizioni vengono lasciate per continuare il piano di cura: il PN esegue le prescrizioni particolari, che necessitano di valutazioni <i>ad hoc</i>.</p> <p><i>Ruolo del coordinatore:</i> è la figura che può aiutare a capire alcune dinamiche e soprattutto può evitare/gestire i conflitti.</p> <p><i>Dimissioni:</i> la dimissione è compito del PN, che deve predisporla "dal momento del ricovero"; nel caso il PN non fosse presente al momento</p>

	della dimissione, è suo compito lasciare tutto pronto e ben descritto.
Percorso sperimentale	2007: fase di formazione. 2008: cambiamenti organizzativi e strutturali con individuazione di 5 Aree di suddivisione della struttura di Medicina Interna. 2009-2010: avvio sperimentazione con valutazione periodica dei cambiamenti. 2011: implementazione in tutte le degenze di Medicina Interna. Tra ottobre e dicembre 2011 verrà condotto uno studio descrittivo prospettico con lo scopo di indagare la qualità dell'assistenza infermieristica erogata con il nuovo modello di riferimento.
Indicatori di processo	Gli indicatori sono rappresentati da tutti/e i/le pazienti ricoverati assegnati a un Infermiere PN.
Indicatori di risultato	Numero di pazienti con piano di assistenza individualizzato
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none">- Miglioramento dell'assistenza.- Numero di pazienti addestrati/e all'autocura.- Numero di pazienti con lesioni da pressione insorte durante la degenza.- Numero di pazienti dimessi/e a domicilio con addestramento del/lla <i>caregiver</i>.- Trattenimento degli Infermieri nella pratica clinica.- Diminuzione del 20% della richiesta di trasferimento degli Infermieri verso altri Reparti.

TITOLO	Valutazione d'impatto clinico-assistenziale-organizzativo di interventi a gestione infermieristica su pazienti <i>frequent users</i> di PS e ricoveri
Azienda	AUSL di Bologna
Dipartimento/Distretto	Dipartimento Cure Primarie
Unità operativa	UOSD Continuità dell'Assistenza - Assistenza Domiciliare
Città	Bologna
Indirizzo (della struttura)	Via S. Isaia, 94/a
Email	Fabia.franchi@ausl.bo.it
Referente (unico) per contatti	Franchi Fabia , Responsabile SATeR e UOSD Continuità dell'assistenza DCP
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Zanini Luciana , Infermiera di Famiglia Bergonziani Nadia , Infermiera di Famiglia Zenucci Fiorenza , Infermiera di Famiglia Raimondi Paola , Infermiera di Famiglia Bertocelli Beatrice , Infermiera di Famiglia Pezzoli Chiara , Infermiera di Famiglia Bicego Flavia , Infermiera di Famiglia Petroni Manuela , Responsabile Infermieristico
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Gennaio 2009
Sperimentazione terminata il	Dicembre 2010
Obiettivo della Sperimentazione	<i>Obiettivo 1</i> Verificare l'efficacia di interventi educazionali e di presa in carico a gestione infermieristica rivolti a pazienti affetti da Scompenso Cardiaco, identificati come <i>frequent users</i> di PS e ricoveri ospedalieri, in termini di: <ul style="list-style-type: none"> - qualità della vita; - uso e accesso ai servizi sanitari; - assorbimento di risorse economiche. <i>Obiettivo 2</i> Impostare il modello di classificazione dell'intensità dell'assistenza nelle cure primarie. <i>Obiettivo 3</i> Verificare la fattibilità organizzativa e assistenziale dell'applicazione del sistema predittivo di fragilità e del modello di presa in carico nell'ambito delle condizioni organizzative aziendali.
Strutture coinvolte	Dipartimento/Distretto
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Il disegno scelto è un <i>trial</i> sperimentale con controllo storico. Le valutazioni di impatto saranno fatte con metodologia quasi-sperimentale valutando gli indicatori prima e dopo l'intervento educazionale infermieristico durato 6 mesi. Il progetto è stato rivolto a cittadini residenti con età superiore ai 65 anni, <i>frequent users</i> di PS (almeno 3 accessi) e con almeno 1 ricovero per scompenso cardiaco (DRG 127) nel corso dell'anno precedente. Sono stati inclusi nel progetto i cittadini afferenti territorialmente ai 6 NCP dove è già attiva la figura dell'Infermiere di famiglia a cui è stata affidata la presa in carico. L'arruolamento dei pazienti è avvenuto in due fasi: dal 1° al 30 novembre 2009 e dal 1° al 30 aprile 2010. La presa in carico si è sviluppata nei 6 mesi successivi all'arruolamento. Sono stati selezionati complessivamente 147 pazienti, ma la presa in carico è stata possibile per 61 pazienti, in quanto 15 sono deceduti prima, 36 sono stati inseriti in struttura protetta e 35 hanno rifiutato l'arruolamento.
Percorso sperimentale	Il percorso condotto per la strutturazione della presa in carico si è

	<p>articolato in tre grandi fasi.</p> <p><i>Fase 1</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuazione della casistica e costruzione del modello di presa in carico. - Analisi dell'evidenza epidemiologica e bibliografica esistente. - Definizione degli obiettivi e del disegno progettuale. - Presentazione al Comitato Etico Aziendale. - Identificazione dei professionisti coinvolti e degli ambiti di sperimentazione. - Definizione e condivisione del modello di presa in carico. - Costruzione degli strumenti assistenziali. - Definizione modalità di approccio con assistito/famiglia e coinvolgimento del Medico di Medicina Generale. <p><i>Fase 2 - Presa in carico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avvio del Progetto. - Incontri di monitoraggio e supervisione durante il periodo di studio. <p><i>Fase 3 - Valutazione</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisi risultati ottenuti. - Definizione del livello di diffusione dei risultati e del modello organizzativo/assistenziale sperimentato.
<p>Indicatori di processo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - N. pazienti arruolati tra quelli selezionati. - N. pazienti arruolati con le modalità definite nel disegno progettuale (standard 100% dei pazienti). - N. pazienti per i quali è stato utilizzato lo strumento di rilevazione della complessità assistenziale (standard almeno 80% dei pazienti). - N. pazienti per i quali la pianificazione prevista in base alla complessità rilevata è stata rispettata (standard almeno 70% dei pazienti).
<p>Indicatori di risultato</p>	<p><i>Indicatori considerati</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - N. accessi in PS dei pazienti arruolati. - N. ricoveri dei pazienti arruolati. - N. giornate di degenza dei pazienti arruolati. - N. visite specialistiche dei pazienti arruolati. - N. indagini di laboratorio dei pazienti arruolati. - N. indagini radiologiche dei pazienti arruolati. - Miglioramento della qualità della vita/stato di salute attraverso il questionario EuroQoL. - Miglioramento della qualità della vita/stato di salute attraverso il questionario <i>ad hoc</i> per lo Scompensamento Cardiaco (KCCQ). <p>Per gli indicatori quantitativi è stata realizzata la valorizzazione economica corrispondente.</p>
<p>Esiti/Outcome</p>	<p>I soggetti in media venivano ricoverati oltre una volta e mezzo l'anno; dopo l'intervento si è notata una significativa riduzione.</p> <p>Si è evidenziato un minor costo complessivo dell'assistenza ospedaliera, passando da un valore medio per ricovero di 5.468 euro a poco meno di 1.300 euro e gli accessi al PS con <i>triage</i> verde e giallo risultano dimezzati.</p> <p>L'analisi del Questionario sulla Qualità di Vita (EuroQoL) non evidenzia differenze significative, ma piuttosto il mantenimento della percezione della qualità di vita prima dell'intervento, nonostante il naturale progressivo peggioramento della malattia.</p> <p>Rispetto al Questionario specifico per la Qualità di vita in pazienti con Scompensamento cardiaco (KCCQ), risulta significativo il miglioramento dopo l'intervento rispetto alla consapevolezza della malattia.</p>

TITOLO	Corso di accompagnamento alla nascita come approccio ad una nuova strategia per il miglioramento della copertura vaccinale.
Azienda	ASL NA 3 SUD (ex NA 5)
Dipartimento/Distretto	Distretto 56
Unità operativa	UOMI (Unità Operativa Materno Infantile)
Città	Boscotrecase (Na)
Indirizzo (della struttura)	Via Garibaldi, 18
Email	carboneale82@yahoo.it
Referente (unico) per contatti	Pane Concetta
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Pane Concetta , Infermiera Pediatrica Ascione Margherita , Infermiera Pediatrica
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	1° maggio 2009
Progettazione terminata il	31 maggio 2009
Obiettivo del Progetto	Dimostrare che un progetto formativo efficace ed efficiente nel periodo prenatale può condurre le future madri a favorire l'allattamento al seno e ad aderire, attraverso una scelta consapevole, alla somministrazione dei vaccini raccomandati per MPR (morbillo-parotite-rosolia), Pneumococco e Meningococco C.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p><i>1. Formazione del campione</i> La popolazione di riferimento è formata dalle donne che, nel mese di maggio 2009, hanno condotto i loro bambini, di età compresa tra il 13° e 15° mese di vita, presso il Centro Vaccinale del distretto 56 dell'ASL NA 3 SUD. Le unità statistiche del campione da intervistare sono state selezionate in modo del tutto casuale, senza cioè nessun parametro discriminante definito a priori.</p> <p><i>2. Pianificazione dell'indagine e modalità di rilevazione</i> I dati sono stati rilevati attraverso un questionario standardizzato, somministrato alle mamme previa autorizzazione della Direzione Sanitaria (in allegato) che consta di 14 <i>item</i> e include informazioni socio demografiche sui bambini, stato vaccinale, modalità di invito. Per lo stato vaccinale sono state considerate valide solo le risposte per le quali era possibile un riscontro tramite certificato vaccinale.</p> <p><i>3. Raccolta dati e analisi statistica</i> Per la raccolta dei dati è stato utilizzato il programma Excel di Office 2007; per l'analisi il programma di calcolo statistico Minitab versione 15 compatibile con Windows.</p>
Percorso sperimentale	<p>Studio osservazionale, su un campione opportunamente dimensionato, selezionato tra le madri che hanno condotto i propri figli al Centro Vaccinale.</p> <p>Somministrazione di un questionario, raccolta dati e meta-analisi mediante foglio <i>Excel</i> e <i>tools</i> di statistica (modello di regressione logistica binaria).</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - N. questionari somministrati. - N. di questionari raccolti. - N. bambini che si sono presentati presso il Centro Vaccinale nel periodo di riferimento. <p>QUESTIONARIO N. Data di compilazione Informazioni sul bambino 1. Il suo bambino quando è nato? Data di nascita ____/____(mese/anno) 2. Il suo bambino è:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Maschio - Femmina 3. Il parto è stato: <ul style="list-style-type: none"> - Spontaneo - Taglio cesareo 4. Qual è il titolo di studio? <ul style="list-style-type: none"> Padre Madre - Nessuno - Nessuno - Licenza elementare - Licenza elementare - Diploma di scuola media inferiore - Diploma di scuola media inferiore - Diploma di scuola media superiore - Diploma di scuola media superiore - Laurea- Laurea 5. Lavora: <ul style="list-style-type: none"> - Padre - Madre - Entrambi - Nessuno 6. Durante la gravidanza ha partecipato ad un corso di preparazione al parto? <ul style="list-style-type: none"> - Sì - No <p style="margin-left: 20px;">Se sì: durante la preparazione al parto le hanno illustrato i vantaggi dell'allattamento al seno?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sì - No 7. Se sì: le hanno illustrato il calendario vaccinale (tipo di vaccino, data di somministrazione)? <ul style="list-style-type: none"> - Sì - No 8. Le sono stati descritti in maniera chiara i vaccini raccomandati? <ul style="list-style-type: none"> - Sì - No 9. Come ha alimentato il suo bambino nei primi sei mesi di vita? <ul style="list-style-type: none"> - Solo latte materno - Artificiale/misto 10. Per quali dei seguenti vaccini raccomandati ha vaccinato il suo bambino? <ul style="list-style-type: none"> - Morbillo-parotite-rosolia (MPR) - Pneumococco - Meningococco C 11. Se almeno uno dei precedenti vaccini non è stato somministrato, per quale motivo? <ul style="list-style-type: none"> - Carenza d'informazione - Paura degli effetti collaterali 12. Ha ricevuto un invito esplicito scritto per la somministrazione dei vaccini raccomandati? <ul style="list-style-type: none"> - Sì - No 13. Considera il servizio vaccinale: <ul style="list-style-type: none"> - Non sufficiente - Buono
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Coperture vaccinali per MPR, PNEUMO, MENINGOCOCCO C. Correlazione statistica con: <ul style="list-style-type: none"> a. Corso preparto. b. Pratica dell'Allattamento al seno e relativi benefici. c. Informazione e formazione sui vaccini. d. Invito alla vaccinazione.
Esiti/Outcome	<p>I risultati hanno evidenziato che sono fattori associati positivamente alla copertura vaccinale ($p < 0,05$, $OR > 1$):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Una formazione/informazione ben strutturata alle future madri, durante il periodo prenatale:

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">a. sugli effetti benefici derivanti dall'allattamento pieno al seno;b. sull'importanza delle vaccinazioni raccomandate. <p>2. La conoscenza da parte delle madri del piano vaccinale dettagliato e l'invio ad esse di un invito esplicito per la somministrazione.</p> |
|--|---|

Titolo	Tutoring per l'inserimento Coordinatore Infermieristico di UO
Azienda	A.O. Spedali Civili Brescia
Dipartimento/Distretto	DS
Unità operativa	SITRA
Città	Brescia
Indirizzo (della struttura)	Piazzale Spedali Civili 1
Email	sitra@spedalicivili.brescia.it
Referente (unico) per contatti	Adriano Fenotti , Dirigente professioni sanitarie
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Razzini Cristina , Infermiera Coordinatrice Zanini Giuliana , Infermiera Coordinatrice Scalmati Agnese , Infermiera Coordinatrice Manara Laura , Infermiera Coordinatrice, Tutor Pedagogico Filippini Giuliano , Coordinamento Ostetricia Bontempi Marinella , Coordinamento FKT Pasotti Maria , Infermiera Coordinatrice Pezzotti Mariateresa , Responsabile Inf. SITR Zucchetti Nicoletta , Infermiera Coordinatrice
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	25 luglio 2008
Sperimentazione terminata il	Novembre 2010
Obiettivo della Sperimentazione	Lo scopo del tutoraggio è quello di stabilire il percorso di accompagnamento del Coordinatore alla prima esperienza o in quella successiva, in modo da garantire e facilitare l'inserimento e il raggiungimento dell'autonomia, tenuto conto delle funzioni del Coordinatore e degli obiettivi aziendali. Le funzioni identificate sono: Programmazione e Pianificazione, Gestione e Direzione, Sviluppo Organizzativo e delle Risorse Umane, Valutazione e Controllo.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<ul style="list-style-type: none"> - Identificazione delle competenze e responsabilità del coordinatore di U.O. - Individuazione degli obiettivi e indicatori di risultato. - Individuazione dei criteri di scelta del Tutor. - Definizione dei documenti da rendere disponibili. - Procedura operativa di inserimento e valutazione del percorso - <i>Step</i> valutativi intermedi e finali. - Verifica dei risultati attraverso focus group (inseriti in tesi di master di coordinamento). - Revisione del percorso.

TITOLO	L'utile prericovero: un servizio per migliorare la relazione fra Ospedale e utente
Azienda	Istituto Clinico Città di Brescia
Dipartimento/Distretto	Servizio Prericoveri
Unità operativa	Poliambulatori
Città	Brescia
Indirizzo (della struttura)	Via Gualla, 15
Email	poli.iccb@grupposandonato.it
Referente (unico) per contatti	Torri Roberta
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Torri Roberta , Coordinatrice Bonzi Ines , Infermiera Faretra Annalisa , Infermiera Ghidoni Claudia , Osservatrice
	PROGETTO
Obiettivo del Progetto	Un lavoro di gruppo altrimenti definito di <i>customer satisfaction</i> , volto all'interpretazione del linguaggio e alla misurazione del grado di qualità percepita dal paziente. L'attività di raccolta dei questionari, la loro rielaborazione e la conseguente messa in atto delle osservazioni rilevate sono diventate la chiave per meglio comprendere l'utenza e per rendere migliori i requisiti del nostro servizio, adeguandolo il più possibile ai bisogni espressi.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>Dopo la riforma sanitaria che ha introdotto il rimborso delle prestazioni sanitarie, o DRG, le esigenze organizzative, concordando con quelle amministrative, hanno indotto allo sviluppo di un servizio all'epoca poco usato in Italia, ma che negli anni ha acquisito sempre più competenza e forma organizzativa tanto che, in diverse regioni italiane è stato inquadrato in norme ad <i>hoc</i>: il prericovero.</p> <p>Presso il nostro Istituto è nato alla fine degli anni '90 e ha subito diverse modifiche, fino ad arrivare a una propria collocazione e all'attuale organizzazione.</p> <p>Dal 2007 è attivo presso l'Istituto Clinico Città di Brescia un unico Centro di prericovero, che rappresenta una prima fase di accesso della persona assistita all'interno della struttura ospedaliera per sottoporsi agli accertamenti indispensabili a valutare la sua idoneità a un intervento chirurgico. Pertanto, uno degli scopi del servizio è di effettuare l'<i>iter</i> chirurgico, tramite accordi di collaborazione interdisciplinare con l'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione, con il servizio di Radiologia, con il Laboratorio analisi e con l'Unità Operativa di Cardiologia, al fine di valutare e preparare il paziente.</p> <p><i>Obiettivi perseguiti per l'utenza:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - assicurare al paziente un percorso tracciabile dalla sua presa in carico sino al termine di tutte le indagini previste; - offrire la possibilità di eseguire le prestazioni previste in poche ore, senza costi aggiuntivi; - azzerare le giornate di degenza in attesa dell'intervento; - ridurre le giornate di ricovero ordinario. <p><i>Obiettivi perseguiti per l'Azienda:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - razionalizzare il transito dei pazienti nei reparti chirurgici per non intralciare lo svolgimento delle attività; - evitare ricoveri impropri, qualora risultasse dagli esami effettuati la non operabilità del paziente; - ottimizzare la programmazione delle liste operatorie. <p>Lo scopo del prericovero è quindi quello di migliorare la</p>

	<p>programmazione dell'attività chirurgica, facendo coincidere l'inizio della degenza con il giorno stesso dell'intervento, con una contrazione del numero complessivo delle giornate di ricovero. Il processo, supportato da sistemi informatici implementati di recente, prevede la verifica dei dati anagrafici che consentono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - corretta identificazione del paziente; - assegnazione di un profilo ematico e degli accertamenti prestabiliti dai protocolli interni. <p>Poiché l'utenza è rappresentata anche da bambini, disabili e pazienti provenienti da etnie diverse, l'organizzazione del servizio prevede, se necessario e compatibilmente con la tempistica, percorsi agevolati; nel caso di barriere linguistiche è previsto l'utilizzo di documenti tradotti in varie lingue o il coinvolgimento d'interpreti interni alla struttura.</p> <p>Dall'apertura a oggi il servizio, che si è occupato di 31.656 pazienti, è stato più volte riorganizzato sia a livello logistico sia nella sezione documentale.</p>
Percorso sperimentale	<p><i>Utente/Servizio</i></p> <p>Di fondamentale importanza per la nostra organizzazione è stata l'adozione delle indicazioni <i>Joint Commission International</i> per gli <i>standard</i> ospedalieri e per la sicurezza del paziente. Queste indicazioni si sono intercalate in una gestione sanitaria in cui la sensibilità degli operatori è presente e viva e i processi organizzativi strutturati costituiscono la base del nostro sistema.</p> <p>Gli operatori sanitari che ne fanno parte contribuiscono quotidianamente a realizzarlo e a renderlo attivo attraverso l'ascolto e la comunicazione: attitudini che, unite all'osservazione, sono divenute uno strumento per migliorare la relazione.</p>
Indicatori di processo	<p>I questionari consentono di rilevare il giudizio espresso dall'utente, che deve servire ad accrescere e migliorare la capacità di dialogo e di relazione tra il nostro servizio e chi lo riceve.</p> <p>La <i>customer satisfaction</i> pertanto va intesa come un sistema di aiuto per l'intera organizzazione ospedaliera, perché permette di conoscere e comprendere i bisogni dei destinatari dell'attività sanitaria, di riprogettare le politiche aziendali e probabilmente il sistema stesso di erogazione dei servizi.</p> <p>Per questi motivi, l'ascolto e il dialogo devono diventare un'attività programmata, coordinata e duratura in cui investire. L'attività di <i>customer satisfaction</i> andrebbe incentivata nella misura in cui essa possa favorire un miglior linguaggio organizzativo, espressione di una buona logistica attraverso cui è possibile rafforzare le relazioni interne ed esterne al servizio.</p> <p>La buona riuscita di un'organizzazione complessa come quella di un servizio ospedaliero sembra quindi poter essere garantita da un sistematico approccio orientato verso un'adeguata soddisfazione dei bisogni della persona assistita.</p>
Indicatori di risultato	<p>L'analisi qualitativa delle prestazioni e dell'assistenza sanitaria erogate ha dato forma e significato all'ascolto del paziente e, sulla base del <i>feedback</i> fornito, è stato possibile rimodulare alcuni aspetti organizzativi.</p> <p>Il questionario, costituito da dieci domande, ha ottenuto una risposta pari al 27% e l'opinione espressa per ogni area indagata è complessivamente buona.</p> <p>Parere sufficiente o insufficiente è segnalato sul tempo di attesa e di permanenza al servizio, mentre le domande che hanno avuto il maggior numero di <i>no risponder</i> riguardano la richiesta di giudizio sul livello di comunicazione con l'anestesista e sull'URP.</p>
Esiti/Outcome	<p>Il pericovero non è un'Unità Operativa e non è un servizio indispensabile al funzionamento dell'ospedale; non è una macroattività complessa, ma è facile da determinarsi nella sua</p>

finalità. Tuttavia, è di fondamentale efficacia per la logistica ospedaliera, utile per non sprecare risorse umane e organizzative e fornire alla persona assistita un lasciapassare condiviso, oltre alla possibilità di apprezzare, seppur in maniera fugace, le caratteristiche del luogo che andrà a determinare il suo stato di salute.

TITOLO	Gestione della terapia del dolore acuto post operatorio: ruolo e competenze del <i>nurse</i> di Anestesia
Azienda	Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero
Dipartimento/Distretto	DGD1 Brescia
Unità operativa	Servizio Anestesia
Città	Brescia
Indirizzo (della struttura)	Via Bissolati, 57
Email	bop-anestesia@poliambulanza.it
Referente (unico) per contatti	Prodezza Anna
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Sterza Gian Paolo , Infermiere Referente del dolore Provezza Anna , Referente infermieristico di settore Ghilardi Cesare , Nurse di Anestesia Peri Andrea , Nurse di Anestesia Colosio Andrea , Nurse di anestesia
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	2008
Sperimentazione terminata il	In corso
Obiettivo della Sperimentazione	Migliorare la gestione del dolore acuto nel paziente operato
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<ul style="list-style-type: none"> - Raccolta dati; - presentazione del modello <i>acute pain nurse</i>; - elaborazione e interpretazione dei dati sulla valutazione del dolore con questionario; - multiparametrico.
Percorso sperimentale	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione operatori; - integrazione competenze specifiche; - interazione multidisciplinare; - isorisorse.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - SDO durata media delle giornate di degenza. - <i>Customer satisfaction</i>. - Scale valutazione del dolore.

TITOLO	La presa in carico dei pazienti con disturbo <i>borderline</i> di personalità: il Centro Psico-sociale come base sicura
Azienda	Azienda Ospedaliera Busto Arsizio, Saronno e Tradate
Dipartimento/Distretto	Salute Mentale
Unità operativa	Centro Psico Sociale
Città	Busto Arsizio e Tradate
Indirizzo (della struttura)	Viale Stelvio, 6 bis
Email	sbrusati@aobusto.it
Referente (unico) per contatti	De Santis Vincenza , Infermiera
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Busto Arsizio: 3 Psichiatri, 1 Psicologo, 2 Infermiere (De Santis Vincenza, Marino Gabriella) Tradate: 2 Psichiatri, 1 Psicologo, 1 Educatore, 1 Infermiera (Mauri Gabriella) Gli Psicologi e l'educatore sono stati reclutati per il progetto, operando sui due CPS. La responsabile della struttura complessa di psichiatria Busto Arsizio è il coordinatore scientifico del progetto
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Secondo semestre 2009
Progettazione terminata il	Dicembre 2011
Obiettivo del Progetto	<p>Recenti statistiche quantificano la presenza del disturbo <i>borderline</i> di personalità nell'utenza dei servizi di Salute Mentale in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 % dei pazienti in regime ambulatoriale; - 20 % dei pazienti in regime residenziale (comunità Terapeutica); - 70% dei pazienti <i>borderline</i> mette in atto comportamenti autolesivi. <p>Ne consegue che l'obiettivo prioritario è limitare il rischio di vita del paziente e costruire con lui un'alleanza che gli riconosca un ruolo e una collaborazione attiva rispetto ad un percorso di cura caratterizzato da una presa in carico da parte di un'<i>équipe</i> multi-professionale, che riconosca l'elevato grado di sofferenza della persona esposta continuamente a disregolazione emotiva e ad agiti impulsivi auto lesivi.</p> <p>Si tratta di pazienti con alto rischio suicidario: pur considerando che il paziente può non avere una consapevole intenzionalità suicidaria, la reiterazione di atti auto lesivi aumenta in modo esponenziale il rischio per la sua vita.</p> <p>In assenza di un programma terapeutico strutturato, il paziente accede ai servizi di emergenza ed è spesso inviato a strutture residenziali (comunità terapeutiche) e di ricovero SPDC, che comportano alti costi sociali ed economici come anche un maggiore impiego di farmaci.</p> <p>Inoltre, il paziente giunge frequentemente in SPDC da servizi di emergenza e il ricorso da parte del paziente al Pronto Soccorso dipende anche dalla mancanza di un progetto alternativo di prevenzione e di intervento organizzato.</p> <p>L'abbassamento dei costi della presa in carico, come anche l'attenzione a una patologia che si presenta come un disturbo pervasivo che invade tutte le aree di vita del paziente, privilegia un intervento territoriale attraverso un servizio come il CPS, che investe in interventi psicoterapeutici e psicoeducativi attraverso la definizione di strategie ad appannaggio multiprofessionale (e quindi anche infermieristico) e di reti di protezione per i pazienti, che garantiscano anche una riduzione della problematica della discontinuità terapeutica.</p>
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	- Scelta di un modello terapeutico validato e specifico per il trattamento del disturbo <i>borderline</i> di personalità, ovvero la terapia dialettico comportamentale (<i>Dialectical Behavior Therapy, DBT</i>) sviluppata da M.

	<p>Linehan, che si basa su dei criteri fondamentali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - è un modello di intervento specialistico e dedicato che comprende l'azione integrata di tutti gli operatori (Psichiatri, Infermieri, Psicologi, Educatori); - deve avere un buon rapporto costi/benefici; - deve essere applicato nelle sue diverse parti in modo co-terapico, deve cioè essere una terapia svolta con il concorso di tutti gli operatori coinvolti, che si confrontano periodicamente in staff per la discussione clinica. <p>La <i>DBT</i> si basa su due componenti fondamentali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. modalità terapeutica individuale (Psicoterapeuta, Psichiatra o Psicologo) con obiettivi comportamentali e potenziamento delle abilità; 2. modalità di gruppo (conduttore: Psicologo o Educatore/ co-conduttore: Educatore o Infermiere/osservatore: Infermiere o Educatore) per l'apprendimento di abilità per l'efficacia interpersonale, per la regolazione emotiva e per la tolleranza. <ul style="list-style-type: none"> - Formazione del personale e supervisione in itinere con un esperto. - Stesura di procedure di intervento. - Definizione di strumenti di richiesta di aiuto per il paziente a scopo preventivo. - Reclutamento dei pazienti con diagnosi di disturbo <i>borderline</i> di personalità di età compresa da min. 20 a max 50 anni di età con valutazione psicodiagnostica dei pazienti in funzione dei parametri del modello. - Valutazione periodica dei risultati.
<p>Percorso sperimentale</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presa in carico del paziente attraverso una prima accoglienza effettuata dall'infermiera del CPS e apertura della cartella ambulatoriale. 2. Discussione del caso in <i>équipe</i> generale e scelta del Medico Psichiatra di riferimento. 3. Prima visita da parte del Medico Psichiatra e dell'Infermiera e successive visite da parte del Medico Psichiatra di riferimento, con definizione di un'ipotesi diagnostica da parte del Medico Psichiatra. 4. Discussione con Psicologo per concordare modalità di approfondimento psicodiagnostico in caso di ipotesi diagnostica di disturbo di personalità. 5. Realizzazione della valutazione psicodiagnostica tramite test e visite colloquio (test di Rorschach, WAIS-R, MMPI-2). 6. Discussione del caso in <i>micro-équipe</i> (Medico, Psicologo, Infermiera, Educatore) con condivisione degli aspetti emersi dalla valutazione psicodiagnostica e formulazione dell'ipotesi terapeutica. 7. Colloquio di restituzione con Psichiatra e Psicologo presenti con definizione degli obiettivi e priorità terapeutiche per l'accettazione del percorso proposto. 8. Discussione in <i>staff</i> con scelta del terapeuta individuale. 9. Colloquio di pre-trattamento con terapeuta individuale finalizzato alla comprensione del disturbo, alla promozione di consapevolezza sugli aspetti disfunzionali del proprio comportamento e al riconoscimento dell'utilità e delle finalità del programma terapeutico. Supporto, se necessario in questa fase, da parte dell'Infermiera DBT che ha anche effettuato la prima accoglienza. 10. Previa costituzione di un'alleanza terapeutica con somministrazione dei questionari DBT: <i>Self Harm Inventory</i>, questionari di autovalutazione comportamentale (DERS; BIS11, ASP/A; APEN/A; APEP/A). 11. Discussione e sottoscrizione in seduta individuale dell'accordo terapeutico DBT da parte del paziente. 12. Inizio del trattamento in seduta individuale e seduta di gruppo con anche consulenze Medico farmacologo. 13. Utilizzo delle telefonate a scopo preventivo da parte del paziente in

	<p>caso di necessità, con riferimento all'Infermiera DBT come primo interlocutore che, nel fornire il primo supporto, segue le indicazioni del protocollo.</p> <p>14. Riunioni di <i>staff</i> ogni due settimane, sedute individuali ogni settimana, terapie di gruppo ogni settimana.</p>
Indicatori di processo	<p><i>Criterio 1</i> Approfondimento delle conoscenze cliniche del disturbo borderline di personalità. <i>Indicatore</i> N. eventi formativi e N. partecipanti.</p> <p><i>Criterio 2</i> Appropriatezza diagnostica di presa in carico e cura specifici per i disturbi di personalità. <i>Indicatore</i> - N. pazienti in psicoterapia. - N. gruppi terapeutici. - N. partecipanti. - N. riunioni di <i>staff</i>.</p> <p><i>Criterio 3</i> Realizzazione di cambiamenti organizzativi nei CPS per favorire la presa in carico dei disturbi di personalità e per la continuità terapeutica. <i>Indicatore</i> Utilizzo della <i>micro-équipe</i> come modalità periodica per favorire il lavoro integrato/utilizzo della riunione di <i>staff</i> ogni 15 giorni, secondo modalità <i>mindfulness</i>/utilizzo della procedura di risposta alle telefonate di aiuto dei pazienti da parte di tutto il personale infermieristico.</p>
Indicatori di risultato	<p><i>Criterio</i> Appropriatezza diagnostica di presa in carico e cura specifici per i disturbi di personalità. <i>Indicatore</i> - Riduzione dei ricoveri per ogni paziente. - Maggiore tenuta della presa in carico del CPS. - Riduzione dei percorsi comunitari. - Miglioramento dei risultati dei test comportamentali. - N. riunioni di <i>staff</i> e <i>micro-équipe</i>.</p>
Esiti/Outcome	<p>Attualmente parziali, precisati nel corso della valutazione prevista per il mese di dicembre 2011 e della successiva analisi a gennaio 2012, al fine di presentarli ufficialmente al Congresso.</p> <p>La formazione è stata effettuata per il personale multiprofessionale dei CPS di Busto Arsizio, Saronno e Tradate, ma gli esiti che verranno presi in considerazione sono quelli dei CPS di Busto Arsizio e Tradate, che hanno all'interno dello <i>Staff DBT</i> personale Infermieristico con ruolo attivo, al fine di identificare il ruolo della disciplina infermieristica all'interno della applicazione clinica del modello <i>DBT</i>. A Saronno tale ruolo è invece affidato, nei termini presentati nel progetto, esclusivamente alla figura degli Educatori. La presentazione parziale e quindi non analitica degli esiti è attualmente divisa per i due CPS, ma per l'elaborazione finale sarà invece in forma di dati aggregati.</p> <p><i>CPS Busto Arsizio</i> Su una totalità di pazienti seguiti sia in terapia individuale sia di gruppo (e quindi in questa parziale valutazione non è inclusa la totalità dei pazienti che comprende anche un gruppo in pre- trattamento) risulta che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dall'inizio della DBT 9 pazienti (tutte donne) hanno effettuato il trattamento sia in terapia individuale sia di gruppo. - N. 2 pazienti sono ricorse a più ricoveri in SPDC dopo gesti auto lesivi ma è aumentato l'intervallo di tempo tra un ricovero e l'altro. - N. 2 pazienti sono ricorse alle cure del SPDC a causa di intolleranza della sofferenza emotiva ma non a seguito di gesti auto lesivi. - N. 1 paziente ha abbandonato il percorso di gruppo perché l'impegno è risultato incompatibile con l'attività lavorativa ma ha mantenuto gli

incontri individuali con l'Educatore e si è avvalsa del supporto delle Infermiere.

- Non ha avuto luogo nessun ricovero in comunità residenziale terapeutica da parte di nessuna delle pazienti.
- La continuità terapeutica in CPS è più costante e meno discontinua anche grazie ad un uso delle telefonate preventive che sono state utilizzate almeno una volta da tutte le pazienti tranne in due casi: una paziente fa fatica a riconoscerne l'utilità e un'altra non l'ha utilizzata perché è stata in grado utilizzare le abilità apprese durante le attività di gruppo.
- La frequenza sia alle sedute individuali sia a quelle di gruppo è stata costante: solo in 2 casi sono stati sospesi temporaneamente i gruppi perché vi sono state 4 assenze consecutive, con necessità di rivedere in seduta individuale alcuni aspetti del pre-trattamento (come previsto dai termini del contratto terapeutico), ma in entrambi i casi sono state riprese le attività con degli incontri preparatori strutturati con l'Educatore di gruppo e con colloqui con le Infermiere della *DBT*, soprattutto coinvolte dalle pazienti in un ruolo di supporto, incoraggiamento, validazione e riconoscimento della terapeuticità del percorso.
- In merito agli aspetti organizzativi il personale ha adottato modalità di lavoro integrato, con riferimento ai contenuti della *DBT* utilizzati efficacemente anche per altri quadri di disturbo di personalità (abilità di *Mindfulness*: attenzione consapevole e partecipata).
- La totalità dei pazienti che hanno usufruito di prestazioni riconducibili al progetto nell'ambito del modello *DBT* di riferimento è di 129.
- Il modello *DBT* di conduzione nelle riunioni di *staff* è stato esportato anche nella conduzione delle varie riunioni del CPS.

CPS Tradate

Su una totalità di pazienti seguiti sia in terapia individuale sia in gruppo (e quindi in questa parziale valutazione non è inclusa la totalità dei pazienti che comprende anche un gruppo in pre- trattamento) risulta che:

- dall'inizio della *DBT* 8 pazienti (tutte donne) hanno effettuato il trattamento sia in terapia individuale che in gruppo.
- N. 2 pazienti hanno lasciato l'attività di gruppo: una con interruzione volontaria concordata e buon livello di contenimento dell'impulsività, una mantiene i colloqui individuali con Psicoterapeuta.
- Tutte le pazienti hanno utilizzato almeno una volta la telefonata d'aiuto e solo una persona ha avuto un ricovero per gesto auto lesivo in SPDC.
- N. 1 paziente ha avuto un ricovero in comunità terapeutica per incapacità a mantenere un'autonomia al domicilio.
- La totalità dei pazienti che hanno usufruito di prestazioni riconducibili al progetto nell'ambito del modello *DBT* di riferimento è di 34.
- Il modello *DBT* di conduzione nelle riunioni di *staff* è stato esportato anche nella conduzione delle varie riunioni del CPS.

TITOLO	Scala Biazzi per la valutazione del rischio di cattivo sonno nella Terza Età
Azienda	Istituto "Emilio Biazzi" IPAB
Dipartimento/Distretto	Levante
Unità operativa	CRA - Casa Residenza per Anziani non autosufficienti
Città	Castelvetro Piacentino
Indirizzo (della struttura)	Piazza Biazzi, 3 29010 Piacenza
Email	nicola.pisaroni@istituto-emiliobiazzi.191.it
Referente (unico) per contatti	Pisaroni Nicola
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Pisaroni Nicola , Coordinatore Sociosanitario Responsabile Garbi Donatella , Infermiera Coordinatrice Negri Maria , Responsabile di Nucleo di degenza Fermi Nicoletta , Responsabile di Nucleo di degenza Petesi Anna , Operatrice Sociosanitaria Cattani Mariangela , Operatrice Sociosanitaria
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	1° ottobre 2010
Sperimentazione terminata il	1° settembre 2011
Obiettivo della Sperimentazione	L'obiettivo è stato quello di creare uno strumento di lavoro che riuscisse a codificare il riposo notturno nella Terza Età e che permettesse di rilevare il rischio di cattivo sonno, al fine di migliorare il benessere bio-psico-sociale della persona anziana, con risultati positivi che potessero anche ripercuotersi sul lavoro assistenziale, alleggerendone il carico.
Strutture coinvolte Sperimentazione	Altre Aziende/Altro Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>Questo progetto nasce da una proposta, una sfida e da una riflessione. La proposta di costituire un gruppo di studio relativo il riposo notturno ci arriva dall'input fornitoci dal Coordinatore responsabile; la sfida è stata quella di creare un gruppo eterogeneo che potesse ragionare insieme anche al di fuori del quotidiano lavorativo e, infine, la riflessione è stata realizzare che la valutazione del riposo notturno dell'anziano non era codificata; per cui risultava spesso soggettiva, a discrezione dell'operatore in servizio. Ciò portava ad una valutazione non corretta con ripercussioni sulle <i>performances</i> diurne dell'anziano (e a volte ad uno scorretto utilizzo di farmaci ipnoinducanti).</p> <p>Le maggiori problematiche riguardano: la difficoltà di addormentamento, la presenza di numerosi risvegli, un sonno frammentato (cambi postura, cambi pannolone), sonno superficiale, risvegli mattutini precoci con astenia e irritabilità.</p> <p>Abbiamo, così, costituito un gruppo di studio su base volontaria, finalizzato alla valutazione e all'osservazione del sonno, creando una scala che rilevasse l'eventuale rischio di cattivo sonno.</p> <p>Tutto il personale è stato informato dell'iniziativa aperta alle varie figure presenti in Istituto. Il lavoro è stato svolto dopo l'orario di servizio. Degli 8 partecipanti iniziali, 3 OSS si sono ritirate per motivi personali (non dovuti a difficoltà o incomprensioni del gruppo). Le riunioni si sono tenute a cadenza mensile. Inizialmente, abbiamo discusso e raccolto il materiale cartaceo e sitografico. Successivamente, abbiamo avviato il lavoro vero e proprio, procedendo per fasi.</p>
Percorso sperimentale	<p><i>Fase 1</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Riunione e organizzazione del gruppo di studio. - Ricognizione e raccolta dei riferimenti bibliografici e sitografici. - Progettazione della scala e delle modalità di verifica della sua attendibilità. <p><i>Fase 2</i></p> <p>Progettazione della prima scala composta da due parti (traendo spunto dall'osservazione di altre scale in uso):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitoraggio notturno suddiviso in tre fasce per sette giorni;

	<p>2) un questionario composto da 10 domande che potevano dare informazioni utili sul sonno, sul riposo effettivo, sulle abitudini del paziente anziano.</p> <p>Tale questionario veniva compilato solo se il punteggio del monitoraggio superava i 4 punti. Dopo aver osservato le schede compilate, il gruppo è arrivato alla conclusione che la scala e il monitoraggio compilati su un unico foglio non fotografavano la situazione del "qui e ora".</p> <p><i>Fase 3</i> Progettazione di una nuova scala indipendente dal monitoraggio che intendesse rilevare solo il rischio di cattivo sonno. Si sono impostate 18 domande invece di 11 sotto forma di questionario a risposta chiusa singola.</p> <p><i>Fase 4</i> Inizio della sperimentazione ufficiale nel nostro Istituto e presso altre 4 strutture che hanno partecipato al lavoro: una Fondazione, una ASP, una RSA ed un'altra CRA: l'adesione di tali strutture ha consentito di testare gli strumenti su di un campione di 286 persone. Le varie strutture hanno compilato, tra maggio e giugno, la Scala 2 e un grafico di monitoraggio notturno di 15 giorni.</p> <p><i>Fase 5</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione dei dati della prima analisi dopo il ritiro delle schede. - Modifica della Scala 2 ed elaborazione della versione finale (Scala 3). <p><i>Fase 6</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nuovo monitoraggio della durata di 30 giorni della Scala 3. - Richiesta alle Strutture di riferimento di variare alcune abitudini di scorretta igiene del sonno risultanti dalla Scala 2 compilata nella Fase 4. - Ulteriore affinamento della Scala.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - N. persone a moderato o elevato rischio di cattivo sonno. - N. persone che non riposano.
Indicatori di risultato	N. totale persone esaminate/N. persone che riposano dopo correzione della cattiva igiene del sonno
Esiti/Outcome	<p>Attualmente, le esigenze organizzative in base alle risorse delle Strutture non consentono di raggiungere tutti.</p> <p>È stato inoltre rilevato che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il 74,2% degli ospiti presenti nelle 5 Strutture esaminate presenta un moderato/elevato rischio di cattivo sonno dopo il primo periodo di monitoraggio. - Solo il 20,6% del 74,2% ha gravi disturbi del sonno. - Il restante 53,6% risulta a moderato/elevato rischio ma comunque è in grado di dormire. - Il rimanente 25,8% degli ospiti presenti nelle 5 Strutture esaminate presenta un lieve rischio di cattivo sonno. - Il 100% di questo 25,8%, dopo il periodo di monitoraggio, ha ripreso a dormire. <p>Nella seconda fase tutte le strutture continuano a collaborare al progetto monitorizzando con grafico, per una durata questa volta pari a 30 giorni.</p>

Titolo	Nas-Neonatale: strumento di rilevazione dell'attività infermieristica in terapia intensiva neonatale (TIN)
Azienda	Ospedale Valduce Como
Dipartimento/Distretto	Dipartimento Materno-Infantile
Unità operativa	Terapia Intensiva Neonatale
Città	Como
Indirizzo (della struttura)	Via Dante, 11
Email	laura.asnaghi @valduce.it
Referente (unico) per contatti	Asnaghi Laura
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Asnaghi Laura , Coordinatrice Sitra Corradini Mariacristina , Dirigente Sitra Lomazzi Marcella , Coordinatrice TIN
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	1 aprile 2011
Sperimentazione terminata il	30 settembre 2011
Obiettivo del Progetto/Sperimentazione	Lo scopo dello studio è la validazione del NAS-N come strumento di rilevazione della complessità assistenziale in TIN e come parametro di definizione dello staff infermieristico.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Sperimentazione	Monoprofessionale
Disegno progettuale	Il NAS-N è stato elaborato sulla base di un lavoro retrospettivo su una serie di cartelle cliniche della TIN, che ha esplorato e descritto le attività infermieristiche. Il NAS-N è la sintesi numerica ottenuta da 23 item che descrivono i principali impegni assistenziali. L'attuale fase sperimentale prospettica (6 mesi) prevede la rilevazione giornaliera del punteggio NAS-N per ogni neonato presente in TIN, con l'obiettivo di ottenere un valore medio mensile. Si è associata la registrazione del punteggio <i>Acuity Score</i> (AS) usato dal progetto SONAR.
Percorso sperimentale	Cronogramma della sperimentazione nas-neonatale, fasi del progetto: 22 febbraio 2011: riunione informativa 23 febbraio - 31 marzo 2011: divulgazione dello strumento con compilazione conoscitiva 1 aprile - 30 settembre 2011: rilevazione sperimentale 1 ottobre 2011 - 31 marzo 2012: proseguimento rilevazione nas-neonatale.
Indicatori di processo	A seguito dell'addestramento iniziale, tutto il personale infermieristico ha conosciuto i principi metodologici sottesi allo strumento NAS-Neonatale per poterlo applicare in modo corretto e puntuale. L'atteggiamento aperto, disponibile e interessato del personale infermieristico coinvolto ha garantito il corretto sviluppo del percorso sperimentale.
Indicatori di risultato	A seguito del percorso fatto, sarà possibile applicare lo strumento NAS-N come parametro di definizione dello <i>staffing</i> infermieristico a seconda della complessità assistenziale rilevata. Verrà sostituita l'attuale cultura organizzativa con una metodologia più flessibile.
Esiti/Outcome	In 6 mesi sono state raccolte 980 schede, con una media mensile di 163 (72; 253). Il valore medio di NAS-N mensile è stato 47,9 (34,7; 76,2). Il tasso di occupazione medio rilevato è stato 57,06% (24; 81,6). È stata dimostrata una correlazione lineare inversa tra AS e NAS-N (R2: 0,68).

Titolo	Progettazione di un <i>audit</i> clinico-organizzativo sulla prevenzione del rischio caduta in un Dipartimento di riabilitazione
Azienda	Casa di cura Ancelle della Carità
Dipartimento/Distretto	Dipartimento di Riabilitazione
Unità operativa	Riabilitazione
Città	Cremona
Indirizzo (della struttura)	Via Aselli, 14
Email	Sitra.cr@ancelle.it
Referente (unico) per contatti	Demicheli Maristella , Responsabile SITRA
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Infermieri, Fisioterapisti, Coordinatori Dipartimento di Riabilitazione
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	1° marzo 2011
Sperimentazione terminata il	31 agosto 2011
Obiettivo della Sperimentazione	Verificare la capacità predittiva degli strumenti di valutazione del rischio caduta, nonché l'efficacia dei mezzi e delle azioni di prevenzione del rischio al fine di ridurre il numero delle cadute.
Strutture coinvolte	Dipartimento/Distretto
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p><i>Disegno progettuale</i></p> <p>Valutazione del rischio caduta (fattori intrinseci/estrinseci) per ridurre il tasso medio di cadute. Questo indicatore ha consentito, nei primi due mesi dell'anno 2011, di mettere in atto un programma di attività da parte della Direzione Infermieristica e Sanitaria che ha previsto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - formazione del personale infermieristico e del Fisioterapista per l'accertamento del rischio del paziente; - revisione della <i>chek list</i> dei fattori ambientali; - revisione completa della procedura cadute, già presente dal 2008; - revisione del modulo di segnalazione eventi avversi. <p>L'<i>audit</i> ha compreso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la definizione degli obiettivi; - la valutazione dell'esistente; - la selezione dei criteri, degli standard e degli indicatori; - la raccolta dei dati; - l'analisi e la valutazione; - la condivisione dell'analisi dei risultati; - la comunicazione dei risultati. <p><i>Materiali</i></p> <p>Lo strumento sviluppato, nonché la scheda di monitoraggio del paziente caduto, ha permesso di rilevare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'accertamento del paziente a rischio di cadute; - la <i>check list</i> per la rilevazione dei rischi ambientali; - la <i>check list</i> per la sicurezza dei presidi e degli arredi; - il tipo e la gravità del danno accaduto al paziente; - l'elenco di alcuni fattori intrinseci del paziente predisponenti la caduta; - l'elenco delle azioni di prevenzione della caduta messe in atto dal personale secondo la procedura aziendale.
Percorso sperimentale	<p><i>Obiettivi:</i> Ridurre le cadute all'interno del Dipartimento di Riabilitazione. <i>Committente:</i> SITRA e Direzione Sanitaria. <i>Valutatori:</i> Coordinatori Unità Operative e Direzione SITRA. <i>Valutati:</i> Infermieri delle Unità Operative del Dipartimento. <i>Criterio:</i> a) tutti i pazienti che accedono al Dipartimento di Riabilitazione devono essere valutati per il rischio caduta (fattori intrinseci ed estrinseci); b) le azioni di prevenzione nei soggetti individuati a rischio. <i>Fonte bibliografica:</i> pubblicazioni scientifiche <i>Indicatore di struttura:</i> stanze di degenza, pavimenti, letti, segnalazioni luminose, sistemi di chiamata, accessori bagno, ausili.</p>

Indicatori di processo	Valutazione del rischio caduta all'ingresso. Valutazione rischio ambientale. Valutazione fattori intrinseci del paziente.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none">- Tasso medio di cadute su 1.000 giornate di degenza- N. pazienti caduti/numero totale dei pazienti del semestre: 9,1%- N. cadute/numero totale delle giornate di degenza: 5,5- N. pazienti caduti con danno/numero totale dei pazienti caduti: 33,3%- N. pazienti con più di una caduta/sul numero totale di pazienti caduti: 0,98%- N. pazienti con MMSE* <18/ numero totale pazienti caduti: 49% <p style="margin-left: 40px;">Stratify positiva 8 (22%) 8 (53%) >0,05 > 4 farmaci 20 (55%) 8 (53%) >0,05 Tinetti <18 23 (64%) 13 (87%) >0,05 Delirium 6 (17%) 5 (33%) >0,05 Psicofarmaci 14 (39%) 4 (27%) >0,05</p>
Esiti/Outcome	Riduzione del tasso medio di caduta per 1.000 giornate di degenza, attestandosi a 5,5 rispetto al 9,25 del 2010.

Titolo	Assistenza alla fine della vita: applicazione della cultura esistenzialista alla pratica infermieristica
Azienda	Azienda Sanitaria Ospedaliera Santa Croce e Carle
Dipartimento/Distretto	Medicina
Unità operativa	Medicina interna
Città	Cuneo
Indirizzo (della struttura)	Via Michele Coppino, 26
Email	martina.bertolino@libero.it
Referente (unico) per contatti	Martina Bertolino , Infermiere
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Aprile 2009
Sperimentazione terminata il	Agosto 2009
Obiettivo della Sperimentazione	<p>Esplorare l'accompagnamento al termine della vita, approfondendo il significato che la malattia, la sofferenza e la morte assumono nel contesto di patologie oncologiche in fase avanzata.</p> <p>Nello specifico, l'elaborato si è posto l'obiettivo di stimolare la riflessione in materia di assistenza alla fine della vita, utilizzando, in qualità di strumento evocativo, quattro circoscritti riferimenti culturali evinti dall'Esistenzialismo, indirizzo filosofico-letterario novecentesco.</p> <p>Inoltre, l'attività ha perseguito l'obiettivo di rendere gli Infermieri abili nel riconoscimento e nel soddisfacimento dei bisogni dei morenti, mettendo in luce il rapporto esistente tra la pratica quotidiana e i riferimenti culturali proposti.</p>
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto
Sperimentazione	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p>Al fine di stimolare la riflessione infermieristica in materia di assistenza al morente, è stata condotta un'esperienza diretta sul campo.</p> <p>Tale esperienza è stata guidata e ispirata da alcuni riferimenti culturali esistenzialisti, eletti a strumento di stimolo alla riflessione, in virtù della concordanza esistente tra i capisaldi teorici di tale movimento culturale, inerenti la fragilità dell'uomo moderno, e la condizione emotiva di disagio e di sofferenza espressa dai morenti.</p> <p>La decisione di utilizzare uno strumento di natura filosofico-letteraria per esplorare l'accompagnamento al morente, è stata evocata dall'insegnamento delle <i>Medical Humanities</i>.</p> <p>Per l'elaborazione del quadro teorico, il pensiero esistenzialista è stato circoscritto al pensiero filosofico-letterario di quattro intellettuali, Martin Heidegger, Søren Kierkegaard, Karl Jaspers ed Eugenio Montale.</p> <p>Successivamente, sono state identificate quattro teorie letterarie, una per ciascun autore selezionato: ciascuna di esse, infatti, mette in luce il carattere inquieto e imprevedibile dell'esistenza umana, resa incerta dalla futura prospettiva di morte. Tutto ciò accomuna l'intera umanità, ma è amplificato in occasione di una patologia oncologica in fase avanzata, nel contesto della quale la prospettiva della propria dipartita diviene, agli occhi del morente, una realtà indubbia e talvolta minacciosa.</p> <p>Le teorie letterarie e filosofiche selezionate sono state ricondotte a tre macro-argomenti, secondo la seguente suddivisione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>La finitezza e la precarietà dell'esistenza umana</i> <ul style="list-style-type: none"> - La "vita per la morte" (M. Heidegger) - La "malattia mortale" (S. Kierkegaard) 2. <i>L'incertezza della vita</i> <ul style="list-style-type: none"> - Il "naufragio" (K. Jaspers) 3. <i>Il malessere dell'esistenza</i> <ul style="list-style-type: none"> - Il "male di vivere" (E. Montale)
Percorso sperimentale	L'attività è stata proposta a un gruppo di otto infermieri operanti nell'ambito delle cure palliative ed esercitanti la propria attività assistenziale presso la Fondazione FARO di Torino, Onlus dedicata all'assistenza dei malati in fase avanzata di malattia.

	<p>Ciascuno di essi è stato selezionato in base alle conoscenze specialistiche possedute in materia di assistenza al termine della vita e acquisite, nel corso di una decennale esperienza lavorativa, attraverso una formazione specialistica in tale ambito (Master in cure palliative).</p> <p>A ciascun partecipante è stato assegnato il mandato di analizzare uno solo degli spunti culturali proposti.</p> <p>Le opinioni degli Infermieri sono state successivamente indagate attraverso singole interviste semi-strutturate, utilizzando un metodo qualitativo di ricerca teso alla valorizzazione della soggettività degli intervistati.</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none">- Selezione delle quattro teorie letterarie.- Costruzione di una griglia di analisi e di lettura guidata delle suddette teorie.- Proposta degli spunti intellettuali ai partecipanti.- Analisi delle singole opinioni, attraverso interviste semi-strutturate, a seguito di un periodo di riflessione personale (due settimane).
Indicatori di risultato	<p>Gli Infermieri partecipanti hanno dimostrato interesse e impegno per l'attività proposta, apportando contributi di valore e dignità, ricorrendo alla propria esperienza e al proprio vissuto personale: hanno posto la loro interiorità ed intimità al centro dello sforzo intellettuale.</p>
Esiti/Outcome	<p>Dall'analisi dei risultati si evince che l'esperienza condotta ha rappresentato, per i partecipanti, l'opportunità di entrare in contatto con la propria interiorità, al fine di approfondire il significato che la malattia, la sofferenza e la morte assumono nel contesto di patologie oncologiche in fase avanzata.</p> <p>Inoltre, ha messo in luce la rispondenza esistente tra le opinioni emerse dal gruppo dei partecipanti e gli elementi concettuali suggeriti dalla letteratura specifica in materia di assistenza al termine della vita.</p> <p>Infine, l'esperienza si è rivelata uno strumento utile alla comprensione dei bisogni del morente e ha evidenziato l'esigenza di una maggiore e più adeguata preparazione umanistica a supporto di quella scientifica.</p>

Titolo	Studenti del C. L. I. nell'assistenza per <i>équipe</i>
Azienda	Azienda Sanitaria Ospedaliera Santa Croce e Carle
Dipartimento/Distretto	Medico
Unità operativa	Medicina Interna
Città	Cuneo
Indirizzo (della struttura)	Via Coppino, 26
Email	morenamellano@alice.it
Referente (unico) per contatti	Mellano Morena , Infermiera
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Mellano Morena , Infermiera Galliasso Monica , <i>Tutor</i> clinico Ramonda Carla , Coordinatrice Infermieristica Bergese Maurizio , Studente C.L.I.
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Ottobre 2010
Progettazione terminata il	Novembre 2011
Obiettivo del Progetto	Valutazione della qualità dell'apprendimento clinico degli studenti del Corso di laurea in Infermieristica nelle Medicine sedi di tirocinio clinico.
Strutture coinvolte	Unità operativa
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>Per valutare la qualità delle Medicine sedi di apprendimento clinico è stato utilizzato il <i>CLES (Clinical Learning Environment and Supervision)</i>, uno strumento validato in Italia nel 2009.</p> <p>Il <i>CLES</i> è basato su cinque fattori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - clima di reparto, che indaga quanto lo studente si è sentito partecipe ed accolto nell'<i>équipe</i>; - lo stile di <i>leadership</i> del Coordinatore infermieristico, che considera quanto il coordinatore valorizzi i membri dell'<i>équipe</i> e sia integrato nel gruppo infermieristico; - il modello di erogazione dell'assistenza infermieristica, che riguarda il grado di personalizzazione delle cure infermieristiche alle esigenze dei pazienti; - la chiarezza della documentazione e dei flussi informativi di interesse assistenziale; - il modello di apprendimento, che accerta se l'<i>équipe</i> ha favorito l'apprendimento dello studente e se le occasioni di apprendimento sono state sufficienti e significative; - la relazione di tutorato, che esplora se la relazione studente-<i>Tutor</i> clinico è stata caratterizzata da una interazione reciproca e orientata ai bisogni di apprendimento dello studente. <p>Lo strumento si è dimostrato valido ed affidabile e può essere compilato in meno di cinque minuti. Può essere utilizzato come <i>self report</i> sistematico delle esperienze di tirocinio.</p> <p>Il suo utilizzo diventa cruciale per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitorare i contesti di apprendimento; - riflettere sugli ambiti critici; - discutere la percezione degli studenti con i Coordinatori dei reparti; - attivare strategie di rivalutazione e miglioramento.
Percorso sperimentale	<p>Nell'anno accademico 2010/11, 58 studenti hanno svolto il tirocinio in Medicina Interna di Cuneo, di cui 18 nel 1° anno (articolato su 2 periodi), 27 nel 2° e 13 nel 3°.</p> <p>Il periodo di tirocinio è compreso nel periodo che va da ottobre a luglio e la frequenza varia a seconda dell'anno di corso; essa prevede comunque un periodo che va dalle quattro alle sei settimane.</p> <p>Su 58 studenti che hanno svolto il tirocinio clinico in Medicina Interna durante l'a.a. 2010/11, 46 studenti, quindi il 79%, ha risposto al <i>CLES</i>.</p>
Esiti/Outcome	<p>Dall'analisi dei dati emerge che il punteggio di <i>CLES</i> medio è di 4,25 su una scala da 1 a 6 ed è superiore alla metà.</p> <p>Possiamo quindi leggere dai dati che in Medicina Interna di Cuneo viene</p>

offerto un percorso di tirocinio clinico di qualità.
Analizzando i dati specifici all'*item* della qualità dell'assistenza e portando l'attenzione sulle medie delle risposte alle singole domande, vediamo che le medie sono superiori alla metà.
Possiamo dire che la qualità dell'assistenza che viene prestata in Medicina Interna è alta, rimanendo comunque sempre aperta a stimoli di miglioramento.

TITOLO	Scheda Infermieristica in Pronto Soccorso
Azienda	Azienda Sanitaria Ospedaliera S. Croce e Carle
Dipartimento/Distretto	Dipartimento Emergenza Urgenza
Unità operativa	Pronto Soccorso
Città	Cuneo
Indirizzo (della struttura)	Via Michele Coppino, 26
Email	cerrina.o@ospedale.cuneo.it
Referente (unico) per contatti	Cerrina Olivia , Coordinatrice infermieristica Dipartimento Emergenza/Urgenza
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Dalmasso Elena , Infermiera Fabrizio Ines , Infermiera Ghigo Raffaella , Infermiera Mandrile Cristina , Infermiera Marino Anna , Infermiera Migliore Silvia , Infermiera Peano Caterina , Infermiera Ramonda Paola , Infermiera Sechi Marco , Infermiere Peloponneso Vincenzo , Infermiere
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Marzo 2011
Sperimentazione terminata il	In corso
Obiettivo della Sperimentazione	Progettare, sperimentare e realizzare una scheda infermieristica, inizialmente cartacea ma in prospettiva integrata con la cartella clinica informatizzata, al fine di documentare il processo assistenziale delle persone che accedono al Pronto Soccorso. Rendere il percorso assistenziale visibile, osservabile e misurabile, consentendo un corretto passaggio di informazioni per il perseguimento della continuità assistenziale nel cambio turno e in caso di ricovero.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione dei componenti del gruppo di lavoro; - revisione della letteratura; - analisi conoscitiva, schede esistenti in altri PS italiani; - individuazione delle priorità assistenziali da documentare; - creazione della scheda; - validazione dei gruppi infermieristici di Pronto Soccorso.
Percorso sperimentale	<ul style="list-style-type: none"> - Sperimentazione per 6 mesi nei PS coinvolti; - monitoraggio, grado di applicabilità; - analisi delle schede, proposte di miglioramento; - verifica dell'efficacia della trasmissione delle informazioni tra infermieri del Pronto Soccorso e dei reparti.

Titolo	Il <i>Nursing</i> Avanzato nella complessità di cura: personalizzazione dell'assistenza e ottimizzazione delle risorse
Azienda	Azienda USL 11 Empoli
Dipartimento/Distretto	Professioni Sanitarie
Unità operativa	U.O.C. Programmazione Organizzazione Professioni Sanitarie
Città	Empoli
Indirizzo (della struttura)	Via dei Cappuccini, 79
Email	m.borgioli@usl11.tos.it
Referente (unico) per contatti	Borgioli Moira
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto/Sperimentazione	Borgioli Moira , Infermiera Dirigente Chiappi Simonetta , Direttore Dipartimento Bini Barbara , Infermiera Coordinatrice
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	2006
Progettazione terminata il	2008
Obiettivo del Progetto	Implementazione del Modello della Valutazione dell'Impegno Assistenziale pertinente con l'organizzazione per intensità di cura e complessità assistenziale. Con il progetto è stato possibile: 1. Disporre di infermieri competenti in metodiche di valutazione e classificazione dell'utenza in ingresso e in uscita all'interno del sistema di classificazione basato sulla complessità assistenziale. 2. Disporre di un sistema di monitoraggio della variazione dello stato di bisogno all'ingresso e in uscita del soggetto assistito. 3. Disporre di percorsi "tipici" di assistenza per casistica specifica coerenti con EBN disponibili. 4. Disporre di un sistema documentale che identifica, per ogni assistito, la classe di Impegno Assistenziale.
Strutture coinvolte	Dipartimento/Distretto
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	Studio osservazionale prospettico, campione di convenienza che ha coinvolto tutti gli utenti ammessi in 12 Strutture di degenza afferenti alle aree Chirurgica, Medica, Oncologica, Cardiologica e di Terapia Intensiva nel periodo febbraio-giugno 2007. Sono stati esclusi gli utenti di età <18 anni; incapaci di intendere e volere; che non comprendevano la lingua italiana; i deceduti durante la degenza.
Percorso sperimentale	Le macro fasi del percorso sono state: 1. Definizione di un sistema di classificazione della complessità e dipendenza assistenziale basato sull'attribuzione empirica di pesi alle variabili utili a definire i profili di assistenza in un contesto organizzativo di "primary nursing". 2. Classificazione degli interventi infermieristici coerenti con il sistema classificatorio "Nursing Intervention Classification" (NIC). 3. Focus group locali per la messa a punto del sistema informativo di supporto all'assistenza infermieristica ai fini della informatizzazione del sistema e definizione di indicatori di processo. 4. Formazione strutturata (teorico-pratica) a cui ha partecipato tutto il personale coinvolto per la diffusione della competenza scientifico-metodologica necessaria. 5. Sperimentazione del sistema utilizzando il range teorico dell'Indice di Impegno Assistenziale. Tale range si identifica in cinque profili di Dipendenza: 1) Minima; 2) Bassa; 3) Media; 4) Alta; 5) Molto alta. 6. Analisi dei dati e messa a regime. 7. Informatizzazione del sistema all'interno della cartella clinica.
Indicatori di processo	- Presenza dello strumento per la categorizzazione dei pazienti attraverso la Scala bidimensionale ASGO (Accertamento Generale Soggetto Ospedalizzato, Renzo Zanotti). - Presenza della classificazione delle attività di assistenza per modalità ASGO, codificate per ogni modalità presente nella scheda di accertamento ASGO, tenendo conto di quelle effettivamente svolte in

	<p>azienda ma anche di quelle che 'dovrebbero essere fatte'.</p> <ul style="list-style-type: none">- Presenza dei percorsi tipici di assistenza: dai profili di dipendenza (IIA) sono stati elaborati quattro percorsi tipici di assistenza: bassa, media, alta e molto alta intensità. Le attività di base, di assistenza avanzata e su prescrizione sono state distribuite, per ogni paziente, sui tre turni in cinque giornate.- Informatizzazione del sistema per la profilazione dell'utenza
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none">- <i>Classificazione dei pazienti per IA in ingresso e uscita.</i> Il Modello della Valutazione dell'Impegno Assistenziale prevede la classificazione dei pazienti definendo un profilo ponderato su due dimensioni: fisico-funzionale e competenza terapeutica.- <i>Determinazione del fabbisogno di risorse di personale correlato alla complessità assistenziale.</i> Si è prevista l'attribuzione delle attività secondo il modello del <i>nursing</i> avanzato, calcolando i minuti di assistenza osservati per turno e per il ruolo assegnato.- <i>Sviluppo di competenza clinica specifica nelle risorse professionali locali.</i> Dal 2006 a gennaio 2008 il 92% del personale ha partecipato ad addestramento per l'accertamento e la compilazione della scheda ASGO.
Esiti/Outcome	<p>La valutazione effettuata su 1.893 casi, fotografa, nell'84% dei casi all'ingresso, l'esistenza di un livello di non autosufficienza tale da richiedere assistenza professionale.</p> <p>I valori di classe applicati sui 1.893 casi sono coerenti con l'evidenza clinica e l'esperienza dell'infermiere esperto. La classe più frequente è quella dell'impegno basso che, aggiunta al minimo impegno, raggiunge il 54% dei casi.</p> <p>La dipendenza alta/molto alta si attesta sul 24% e la classe media sul 22%.</p> <p>La dipendenza funzionale classificata per livelli di intensità in ingresso e uscita ha permesso di calcolare il profilo generale di bisogno e il cambiamento tra ingresso e uscita.</p> <p>La Valutazione della Competenza nella cura di sé è stata fatta su n. 1.088 persone, di cui 305 erano <i>caregiver</i>.</p>

TITOLO	Governo del processo di formazione continua dei professionisti sanitari: standardizzazione di percorsi e utilizzo di <i>check list</i> per il monitoraggio delle attività all'interno di un sistema gestionale informatizzato
Azienda	Gruppo Format
Dipartimento/Distretto	Servizio Qualità, Innovazione e Sviluppo organizzativo
Unità operativa	Servizio Qualità, Innovazione e Sviluppo organizzativo
Città	Ferrara
Indirizzo (della struttura)	Via Cavallotti, 8 44021 Codigoro (FE)
Email	info@formatsas.com
Referente (unico) per contatti	Pennini Annalisa
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	<p>Pennini Annalisa, Direttrice Scientifica, Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche</p> <p>Scaletti Maurizia, Responsabile di Processo, laureata in Scienza dell'Educazione</p> <p>Rizzo Chiara, Responsabile sviluppo progetti aziendali, Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche</p> <p>Telloi Silvano, Direttore Amministrativo</p> <p>Bonazza Roberto, Direttore IT</p> <p>Gessi Davide, Consulente sistema gestionale informatizzato</p> <p>Di Noia Daniela, Responsabile di processo, Laurea in Scienza dell'Educazione</p> <p>Naldi Enrica, Coordinatrice Progetti Formativi</p> <p>Telloi Chiara, Coordinatrice Progetti Formativi</p> <p>Telloi Marco, Coordinatore Progetti Formativi</p> <p>Zancanella Lara, Coordinatrice Progetti Formativi</p> <p>Zerbetto Cristina, Coordinatrice Progetti Formativi</p>
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	15 giugno 2011
Sperimentazione terminata il	Dicembre 2012
Obiettivo della Sperimentazione	<ul style="list-style-type: none"> - Gestire la complessità organizzativa legata alla realizzazione di molteplici progetti formativi contemporaneamente. - Ridurre gli errori, le sovrapposizioni e le omissioni nell'intero processo formativo, dalla progettazione alla valutazione. - Introdurre una metodologia uniforme di governo dei processi formativi. - Fornire strumenti operativi per il supporto gestionale e decisionale delle attività nelle varie fasi del processo di formazione. - Ottenere una visione di insieme dello stato di avanzamento di piani formativi complessi. - Integrare i principi e le metodologie dei sistemi e delle logiche del <i>risk management</i>, della <i>lean organization</i>, della ISO 9001:2008 per la gestione delle attività nel processo di formazione. - Ottimizzare l'utilizzo di risorse e strutture disponibili.
Strutture coinvolte	Azienda
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>I pilastri su cui si basa la sperimentazione sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La metodologia del <i>risk management</i>, utile per l'analisi dei rischi di errore e per identificare le barriere difensive. Partendo dall'approccio cognitivo si sono elencate le tipologie di errore e gli strumenti correttivi. - L'approccio della <i>lean organization</i> per le realtà che operano per processi. È stato scelto per la necessità di dare un flusso e un ritmo alle attività, riducendo gli sprechi di risorse. - Il sistema di qualità ISO 9001:2008, è stato la base per rivedere alcune procedure. La visione per processi è essenziale per suddividere il flusso di attività e attribuire responsabilità.
Percorso sperimentale	<p><i>Fase 1: Analisi del problema</i></p> <p>Giugno 2011: riesame della direzione aziendale, che identifica alcune criticità all'interno della gestione delle attività proprie del processo formativo.</p>

	<p>Le 4 aziende del Gruppo Format gestiscono circa 800 progetti formativi all'anno, per un totale di circa 15.000 partecipanti coinvolti. Si sono evidenziate disomogeneità nell'attuazione delle procedure, ripetizioni e omissioni, che possono influire negativamente sulla qualità percepita dai partecipanti e dai docenti ai corsi di formazione.</p> <p><i>Fase 2: Costruzione delle tipologie standard di corsi e delle check list</i> Settembre 2011: coinvolgimento delle figure chiave che operano nei processi di pianificazione, progettazione, iscrizione ed erogazione, per la costruzione di tipologie standard di corsi di formazione (linee di produzione) e delle relative check list di monitoraggio attività da gestire in modo integrato all'interno del sistema gestionale informatizzato aziendale (GELSO).</p> <p><i>Fase 3: Inserimento nel sistema gestionale aziendale</i> Novembre 2011: le tipologie standard di corso e le check list vengono inglobate nel sistema gestionale aziendale già in uso.</p> <p><i>Fase 4: Sperimentazione check list</i> Gennaio-dicembre 2012: sperimentazione delle check list con incontri periodici di coordinamento e "taratura" del sistema.</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none">- N. forzature di validazione per il passaggio da un processo ad un altro nelle check list.- N. validazioni automatiche da parte del sistema informatico per il passaggio da un processo ad un altro nelle check list.- N. tipologia di corsi individuato e standardizzato.- N. attività individuate per ogni check list da mixare per tipologie di corso.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none">- N. corsi gestiti con il nuovo sistema a parità di risorse, rispetto al precedente.- N. errori all'interno dei corsi, confrontato fra "vecchio" e "nuovo" sistema.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none">- Riduzione dei tempi di "lavorazione" del corso.- Aumento della consapevolezza e della responsabilità nella gestione di parti di processo da parte del team.- Maggiore produttività.- Maggior integrazione fra back office e front office.- Miglior efficacia ed efficienza del flusso di informazioni interne ed esterne.- Monitoraggio costante sull'andamento dei processi e sullo stato di avanzamento della produzione delle attività.

Titolo	Realizzazione di un Team Infermieristico per l'impianto di cateteri vascolari con tecnica ecoguidata
Azienda	Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi
Dipartimento/Distretto	Direzione Sanitaria
Unità operativa	Servizio Infermieristico Ostetrico Aziendale
Città	Firenze
Indirizzo (della struttura)	Largo Brambilla, 3, 50134
Email	seginf@aou-careggi.toscana.it
Referente (unico) per contatti	Lumini Enrico , Responsabile Unità Professionale EBN e Ricerca
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	<p>Lumini Enrico, Infermiere Beccaluva M. Serena, Infermiera, Direzione Servizio Infermieristico Ostetrico Aziendale Fossati Donella, Infermiera Dirigente, Direttore Servizio Infermieristico Ostetrico Aziendale Trillino Maria, Lattarulo Giuseppe, Martini Giacomo, Tucci Valentina, Salti Francesca, Bausi Simona, Infermieri impiantatori Tomaiuolo Matteo, Medico, Direzione di Presidio Pelagatti Cecilia e Batacchi Stefano, Medici specialisti in Anestesia e Rianimazione</p>
	PROGETTO
Progetto iniziato il	4 novembre 2011
Progetto terminato il	In corso
Obiettivo del Progetto/Sperimentazione	<p>La gestione degli accessi venosi in ospedale è stata identificata come determinante della qualità delle cure prestate: essa consente protocolli terapeutici complessi compatibili con durate di degenza appropriate, favorisce la <i>compliance</i> dei pazienti e previene le complicanze. Le Direzioni del SIOA e di Presidio hanno inteso costituire il PICC Team aziendale, per consolidare e estendere a livello aziendale le esperienze maturate da un nucleo di Infermieri nell'impianto e gestione di cateteri venosi centrali e periferici ad accesso brachiale. Il PICC team si configura infatti come "servizio" trasversale a valenza aziendale con l'obiettivo di offrire alle équipes specialistiche di tutti i Dipartimenti le competenze professionali necessarie per utilizzare proficuamente i cateteri vascolari.</p>
Strutture coinvolte	Azienda
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>Dopo l'approvazione da parte della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e dalla direzione del SIOA è stato costituito un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale composto dai 7 Infermieri "impiantatori", dai componenti del Servizio Infermieristico, da un Medico rappresentante della Direzione Sanitaria e da due Medici specialisti in Anestesia e Rianimazione come referenti tecnico-scientifici. Il gruppo ha condiviso <i>in primis</i> gli obiettivi della costituzione del PICC Team aziendale, che possono essere riassunti come di seguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - facilitare il percorso terapeutico; - ridurre il rischio (deturpazione del patrimonio venoso, flebiti chimiche per infusioni di farmaci iper/ipo osmolari o acidi/basici), le complicanze (lesioni correlate alla manovra di inserimento) e i costi; - migliorare l'appropriatezza degli interventi offrendo un ventaglio più ampio di soluzioni; - ridurre i trasferimenti di pazienti dall'area di attività di ricovero, attraverso un servizio trasporto pazienti (servizio <i>bedside</i>). <p>Dopo alcuni incontri informali, il gruppo ha iniziato a lavorare nel settembre 2009 sui seguenti aspetti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ricostruzione ed omogeneizzazione dei percorsi formativi e certificazione delle competenze acquisite; 2. elaborazione e implementazione delle procedure operative (selezione

	<p>dei pazienti, inserimento, <i>gestione, follow-up</i>, flussi informativi);</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. elaborazione dei percorsi di educazione e informazione per gli utilizzatori; 4. acquisizione delle risorse materiali necessarie (locale da adibire a sede del team, ecografo portatile). <p>Durante la fase di studio si è proceduto, negli ultimi mesi del 2009, ad una attenta valutazione e contestualizzazione delle Linee Guida disponibili in materia di inserimento e gestione degli accessi vascolari e della letteratura specifica per PICC e Midline.</p> <p>Per la realizzazione del percorso formativo ci si è ispirati agli obiettivi didattici e alle competenze formulate nei percorsi sperimentali per le competenze avanzate nell'Infermieristica.</p>
Percorso sperimentale	<p>Il Progetto prevede che gli Infermieri impiantatori del PICC Team operino a regime in ciascun padiglione ospitante attività di degenza, secondo le necessità dettate dalla casistica e dalla scelta degli specialisti.</p> <p>Il percorso progettuale prevede il progressivo arruolamento di tutte le degenze aziendali, in ragione del numero di Infermieri impiantatori certificati e dei risultati clinico-assistenziali raggiunti.</p> <p>La prima tappa consiste nell'assicurare l'attività di impianto e gestione dei dispositivi ai pazienti ricoverati nelle aree di attività di degenza dei padiglioni Nuovo e Vecchio San Luca. A tale scopo, gli infermieri afferenti a tali degenze sono stati formati sulle modalità di gestione dei cateteri venosi.</p> <p>L'attività di impianto e di <i>follow-up</i> sarà garantita dalla disponibilità di un Infermiere impiantatore dal lunedì al venerdì, in orari alternati 9-12 e 14-17, a far data dall'11 aprile 2011 al 10 aprile 2012, per un totale annuo di 780 ore.</p> <p>Saranno successivamente estese le attività formative destinate a creare ulteriori Infermieri impiantatori certificati e a completare le competenze degli Infermieri delle degenze nella gestione dei dispositivi impiantati, padiglione per padiglione.</p> <p>La scelta della creazione di un Servizio di impianto di cateteri vascolari nasce anche in ottemperanza al parere espresso dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, al fine di garantire un adeguato possesso di competenze e l'esclusività del servizio e in modo da non creare conflitto con la responsabilità primaria dell'Infermiere, che è l'assistenza infermieristica.</p> <p>Il progetto è incentivato con un finanziamento di 25.000 euro, da ripartire tra gli Infermieri impiantatori sulla base dei risultati raggiunti. Sono disponibili i dati inerenti i primi sei mesi di attività che riguardano l'impianto di 309 dispositivi vascolari ad accesso periferico.</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - N. schede di impianto compilate correttamente - N. schede di gestione compilate correttamente - N. schede di gestione trasmesse al PICC Team - N. richieste impianto compilate correttamente
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Tasso occupazione sedute di impianto - Proporzione dispositivi seguiti a <i>follow-up</i> - Appropriatelyzza richieste di impianto
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Tasso malposizionamenti primari (solo PICC) - Tasso infezioni catetere correlate - Tasso Trombosi Venose Profonde - Tasso complicanze minori (occlusione, rimozione accidentale) - Durata permanenza dispositivi vascolari impiantati

Titolo	Progetto "La Memoria del Prendersi Cura"
Azienda	Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi
Dipartimento/Distretto	Direzione Sanitaria
Unità operativa	Servizio Infermieristico Ostetrico Aziendale
Città	Firenze
Indirizzo (della struttura)	Largo Brambilla, 3
Email	fossatidaou@careggi.toscana.it
Referente (unico) per contatti	Piatti Fabiola
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Fossati Donella , Responsabile Progetto, Direttrice Servizio Infermieristico Ostetrico Aziendale Fabiola Piatti , Coordinamento, Responsabile Unità Professionale Innovazione Assistenziale e <i>Management</i> Clinico Papalini Rina , Gruppo di Lavoro, CPSE Cavicchi Sabrina , Gruppo di Lavoro, CPSE Canavese Maria Gruppo di Lavoro , Cristina, CPSE
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Aprile 2011
Progettazione terminata il	In corso
Obiettivo del Progetto	Il progetto "La memoria del Prendersi Cura" ha l'obiettivo di rendere visibile e valorizzare il modello culturale del "Prendersi Cura" come specificità e peculiarità della professione Infermieristica attraverso: <ul style="list-style-type: none"> - la costituzione di un archivio permanente della memoria orale di Infermiere/i (effettuazione interviste, video registrazioni); - l'organizzazione di un archivio di supporti multimediali di memoria orale, fotografica, filmica, sonora, che raccolga gli eventi dell'assistenza Infermieristica di Careggi attraverso le testimonianze dirette di chi ha contribuito a farne una ricchezza culturale; - la realizzazione di eventi pubblici per valorizzare il "Prendersi Cura" (percorso Museale-sensoriale dell'assistenza Infermieristica, Mostre aperte alla cittadinanza, alle istituzioni scolastiche ecc.).
Strutture coinvolte	Azienda
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	La prima Scuola Convitto Professionale per Infermiere in Firenze fu realizzata presso Villa Pepi. La Scuola fu istituita nel 1930 e approvata con Decreto del Capo di Governo in data 25 luglio 1931. Da allora centinaia di Infermiere sono passate attraverso i cancelli e le 'sbarre' di Villa Pepi. Scuola accessibile fino ai primi anni '70 solo al genere femminile. Oggi la professione infermieristica ha sviluppato un proprio percorso evolutivo che trova nel cammino storico segni esplicativi strettamente connessi ai cambiamenti sociali: il mutamento della domanda di salute in termini quantitativi e qualitativi, le trasformazioni organizzative del SSN, la maturazione e l'aumento di competenza nello svolgimento della professione. La continuità nel tempo della professione ci lega inevitabilmente con chi ha contribuito direttamente a elevare, evolvere e rendere importante la professione stessa. È per questo che vogliamo riflettere sul percorso sostenuto, sulle difficoltà e le conflittualità derivanti da un continuo adattamento a eventi destabilizzanti l'identità professionale, e vogliamo farlo recuperando i volti, le immagini, la memoria, le parole dette e scritte che sono alla radice del nostro essere qui, oggi, come Infermiere/i. I temi della soggettività, della memoria, dell'autobiografia hanno tutta la potenza delle risorse e dei linguaggi di cui dispongono perché sono riferimento della memoria soggettiva di tutte/i quegli operatori/operatrici che hanno fatto la storia dell'Assistenza Infermieristica dentro Careggi. Infermiere/i che vogliamo chiamare a lasciar traccia di ciò che hanno visto e fatto perché la Memoria e la Storia devono essere per noi valori unificanti, momenti di riflessione per ritrovare la nostra peculiare cultura, insegnamenti per un riconoscimento sociale molte volte negato, ponti per

	ricostruire un'identità professionale fra generi e generazioni.
Percorso sperimentale	<p>Il Progetto ha un forte carattere innovativo, non tanto per gli aspetti relativi al materiale storico (già presenti in altre esperienze) quanto per la raccolta e conservazione della memoria e dei sentimenti del personale infermieristico nel corso del tempo.</p> <p>Troppe volte la Professione rimane nell'ombra del modello culturale dominante quello del "Curare" e non del "Prendersi Cura", modello che mal si adatta alla peculiarità Infermieristica che di conseguenza rimane "nascosta". Il Progetto vuole infatti essere anche un momento di riflessione sull'identità professionale e sui conflitti che tale identità incontra con il modello culturale egemone.</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none">- Presenza/assenza di materiale e di attrezzature per video-registrazioni delle interviste.- Presenza/assenza spazio per mostra/percorso museale.
Indicatori di risultato	<p>A novembre 2012 sono già state effettuate circa 45 registrazioni video della memoria di Infermiere dell'Ospedale.</p> <p>È stato recuperato e archiviato il materiale amministrativo/didattico dell'avvio della Scuola Convitto del 1931 e degli anni seguenti.</p> <p>È stato recuperato materiale ad uso assistenziale di varie epoche che servirà per l'allestimento del percorso sensoriale.</p> <p>Sono stati recuperati testi storici a partire dal '600 sulla figura dell'Infermiere che serviranno per il percorso sensoriale e per la mostra.</p>

Titolo	La Storia dell'Infermiere Militare nel corso dei 150 anni dell'Unità d'Italia
Azienda	Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare
Dipartimento/Distretto	Centro Trasfusionale Militare
Unità operativa	Centro Trasfusionale
Città	Firenze
Indirizzo (della struttura)	Via Reginaldo Giuliani, 201
Email	salvatricelobosco@libero.it
Referente (unico) per contatti	Borzacchiello Camillo , Infermiere, Responsabile Gestione Qualità, Fiduciario dislocazione, Sottufficiale addetto
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	25 ottobre 2000
Progettazione terminata il	In corso
Obiettivo del Progetto	<p>L'Obiettivo del progetto è quello di raccontare i ricordi che possono emozionare, stimolare a fare sempre di più e a credere nel proprio lavoro. Il progetto ripercorre le origini dell'assistenza sanitaria, l'esaltazione delle esperienze di vita della Sanità Militare, celebrando la memoria di quegli eroi che spesso vengono dimenticati: gli Infermieri militari.</p> <p>Si vuole rendere il giusto omaggio a tutti coloro che hanno sacrificato la propria vita per ideali e valori che hanno fatto grande la nostra Patria, nel corso dei festeggiamenti per il 150° anniversario dell'Unità d'Italia.</p> <p>Il progetto intende inoltre sottolineare l'importanza e la continuità del ruolo svolto dagli Infermieri militari, soprattutto in questo particolare momento storico, caratterizzato da eventi che richiedono una presenza sempre più costante e attiva della Sanità Militare sugli scenari mondiali.</p>
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	Pubblicazioni di testi ed elaborazioni di eventi
Percorso sperimentale	Iniziato il 25 Ottobre 2000 e proseguito con i Congressi nazionali e seminari.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Eventi Congressuali - Pubblicazione del volume: "L'Infermiere militare presente - passato - Futuro". - Pubblicazione del volume: "Alla ricerca di una identità. L'Infermiere militare: valori di una professione".

Titolo	Valutazione Infermieristica dei Rischi per l'Assistenza
Azienda	Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi
Dipartimento/Distretto	Direzione Sanitaria
Unità operativa	Servizio Infermieristico Ostetrico Aziendale
Città	Firenze
Indirizzo (della struttura)	Largo Brambilla, 3
Email	canavesem@aou-careggi.toscana.it
Referente (unico) per contatti	Canavese Maria Cristina
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	<p><i>Responsabile del progetto</i> Fossati Donella, Responsabile SIOA</p> <p><i>Gruppo di Progetto</i> Canavese Maria Cristina, Responsabile U.Pr. Metodologica Sviluppo Disciplinare e Professionale Meacci Catia, Responsabile U.Pr. Metodologica Formazione Beccaluva Maria Serena, Responsabile f.f. U.Pr. Metodologica Innovazione, Governo Clinico e Ricerca Cavicchi Sabrina, Responsabile U.Pr. Disciplinare Infermieristica avanzata emergenza-urgenza cure intensive Valdini Maria Claudia, Responsabile U.Pr. Disciplinare Infermieristica avanzata Cure Chirurgiche Spotti Mauro, Responsabile U.Pr. Disciplinare Supporto al Processo Assistenziale con l'integrazione dell'OSS Piatti Fabiola, Responsabile U.Pr. Disciplinare Innovazione Assistenziale e <i>Management</i> Clinico Fabbi Cristina, Responsabile U.Pr. Disciplinare Osservatorio Lesioni cutanee Lumini Enrico, Responsabile U.Pr. Disciplinare Ricerca <i>Evidence Based Nursing</i></p>
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Gennaio 2010
Progettazione terminata il	In corso
Obiettivo del Progetto	Migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica relativa alla sicurezza dei cittadini e degli operatori attraverso l'implementazione di strumenti di identificazione/accertamento dei rischi/problemi assistenziali con relativi interventi infermieristici raccomandati.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto Azienda
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p><i>Responsabili delle Unità Professionali Disciplinari</i> VIRA (Valutazione Infermieristica dei Rischi per l'Assistenza) è l'acronimo che abbiamo utilizzato, che tratta d'integrare le documentazioni infermieristiche dei vari reparti con una cartella di facile utilizzo, in grado di prendere in considerazione i rischi assistenziali cui inevitabilmente una persona che è degente in ospedale può andare incontro.</p> <p>Il Progetto VIRA, focalizzato sulla "presa in carico" della persona assistita e sulla sua "centralità" nei processi assistenziali, ha l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica e la sicurezza dei cittadini e degli operatori, attraverso un sistema di identificazione dei rischi assistenziali. In termini pratici, si tratta dell'introduzione di strumenti di identificazione e accertamento dei rischi/problemi assistenziali più comuni e trasversali a tutti i Dipartimenti, ovvero dell'utilizzo in tutte le Unità Operative di un "kit documentale" di accertamento infermieristico costituito da scale di valutazione delle aree di maggior rischio (già validate dalla letteratura di riferimento).</p> <p>Per ognuno di questi rischi sono state individuate scale di valutazione validate o comunque in via di validazione.</p> <p>All'interno del <i>kit</i> sono state inserite le seguenti scale:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Braden (per le Lesioni da Pressione); - MUST (<i>Malnutrition Universal Screening Tool</i> per la malnutrizione); - ReTos (Regione Toscana per le cadute); - Brass (<i>Blaylock Risk Assessment Score</i> per le dimissioni difficili). <p>Per dolore, condizioni igieniche e oggetti personali, abbiamo ideato alcune schede "interne" che rispondessero alle esigenze di praticità e sicurezza. Infine, abbiamo individuato gli interventi raccomandati per i vari livelli di rischio, in modo che si potesse dar garanzia da un lato agli utenti che venisse fatto tutto il necessario per prevenire il rischio, dall'altro agli operatori che quanto da loro fatto corrispondesse a quanto di più "validato" ci fosse nei confronti di tali problematiche.</p> <p>Per una maggiore efficacia della realizzazione del progetto ogni Responsabile di Unità Professionale si affianca ad un Responsabile Infermieristico di Dipartimento che, con la collaborazione dei DS <i>Professional</i> che svolgono la loro attività in quel DAI, provvede a implementare il VIRA Reparto per Reparto.</p>
Percorso sperimentale	<p>Con quest'azione progettuale si intende costituire, diffondere ed implementare un <i>kit</i> documentale integrante la documentazione infermieristica già in essere.</p> <p>Si vogliono inserire nella realtà quotidiana alcuni strumenti già validati dalla letteratura di riferimento relativi alla valutazione funzionale e ad alcuni rischi assistenziali (scale), con particolare riguardo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ulcere da Pressione: Scala di Braden. - Malnutrizione: Scala M.U.S.T. (<i>Malnutritional Universal Screening Tool</i>). - Cadute: Scala Re Tos. - Dolore: Scala analogico visuale (VAS) e/o numerica (NRS) e/o scala delle espressioni facciali e/o Verbale, Painad. - Valutazione funzionale: Indice di Barthel. - Dimissioni difficili: BRASS Index (<i>Blaylock Risk Assessment Screening Scale</i>). <p>I primi mesi del 2010 hanno visto l'impegno delle Unità Professionali Disciplinari e Metodologiche con i relativi infermieri Ds <i>Professional</i> nell'elaborazione di un <i>kit</i> documentale che potesse costituire il <i>core</i> dell'accertamento infermieristico in Azienda.</p> <p>Per rispondere alle esigenze aziendali basandoci sulla casistica pregressa e sulle richieste di risarcimento sono stati introdotti anche strumenti per la presa in carico degli effetti personali (ad es. casi di smarrimento protesi dentarie) e per la valutazione delle condizioni igieniche (rischio patologie ad alta diffusività).</p> <p>Nell'elaborazione si è tentato di costruire un <i>kit</i> che fosse semplice da compilare, che consentisse delle rivalutazioni intermedie e finali e che favorisse il passaggio di informazioni tra le diverse AAD.</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza/assenza <i>kit</i> documentazione. - Presa in carico da diffondere per AdA per DAI. - Presenza/assenza Banca Dati per il monitoraggio rischi. - % Diffusione alle AdA. - N. contenitori schede rischio aperti / N. pazienti ammessi in un mese.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza/assenza degli strumenti previsti per l'implementazione. - Presenza/assenza piano formativo rivolto al personale di assistenza dell'Azienda. - % AAD coinvolte secondo crono programma.
Esiti/Outcome	<p>Allo stato attuale del progetto sono rispettati tempi, modalità e strumenti per la diffusione dello strumento nelle varie AdA in Azienda.</p>

TITOLO	L'accesso ai servizi e alle cure dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi da parte degli immigrati stranieri
Azienda	Azienda ospedaliera Universitaria Careggi
Dipartimento/Distretto	Direzione Sanitaria
Unità operativa	Servizio Infermieristico Ostetrico Aziendale
Città	Firenze
Indirizzo (della struttura)	Largo Brambilla, 3
Email	beccalugas@aou-careggi.toscana.it
Referente (unico) per contatti	Beccaluva Maria Serena
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Beccaluva Maria Serena , Responsabile Progetto Bonaiuti Mariella , Infermiera DS Fabbi Gianluca , Infermiere DS Balocchi Michela , Sociologa Ricercatrice
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Ottobre 2010
Progettazione terminata il	Ottobre 2011
Obiettivo del Progetto	Verificare la presenza/assenza di discriminazioni nei confronti di donne e uomini immigrati per quanto riguarda l'accesso e le opportunità al diritto alla salute nei Servizi presenti all'interno dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi. La ricerca si prefigge di identificare la presenza di discriminazioni etniche e di genere, individuando: <ul style="list-style-type: none"> - se e dove avvengono; - in che modo si manifestano; - che aree toccano (il genere, l'etnia, o entrambe); - quali conseguenze comportano sulla qualità del servizio sanitario offerto e sull'assistito.
Strutture coinvolte	Azienda
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	L'accesso di utenti stranieri immigrati nell'Azienda è notevolmente aumentato negli ultimi anni. A fronte di ciò, e tenuto conto di quanto affermato nel PSR Toscana 2008/2010 per quanto riguarda la promozione della Salute dei migranti, come Infermieri orientati alla transculturalità e a una cultura di integrazione ed equità, ci siamo chiesti se all'interno dell'Azienda esistano fenomeni di discriminazione e di quale tipo siano.
Percorso sperimentale	La ricerca è stata di tipo qualitativo e si è basata in primo luogo sull'osservazione partecipante e non partecipante coperta nei luoghi oggetto di studio, al fine di avere una cornice di contesto sia dell'ambiente di studio sia delle interazioni e dei processi sociali che in esso si svolgono quotidianamente. Attraverso l'osservazione sul campo sono stati presi anche i primi contatti con i pazienti immigrati che hanno costituito il campione cui sottoporre le interviste in profondità. Sono stati creati due <i>focus group</i> (uno rivolto al personale sanitario, l'altro al personale amministrativo). Il campione di testimoni privilegiati da intervistare attraverso interviste in profondità è stato composto in pari numero da donne e uomini immigrati che hanno avuto accesso ai servizi dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi. Il <i>setting</i> è stato quello dei Pronto Soccorso, degli Ambulatori CUP e delle Aree di Degenza.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza/assenza strumenti per la rilevazione sul campo: griglie osservazione. - Presenza/assenza autorizzazione Comitato Etico. - Presenza/assenza consensi informati in più lingue. - Presenza/assenza griglia traccia intervista. - Presenza/assenza griglia <i>focus group</i>. - Presenza/assenza autorizzazione e informazione agli operatori coinvolti.
Indicatori di risultato	- N. interviste e osservazioni effettuate secondo il cronoprogramma e il

	<p>piano dello studio.</p> <ul style="list-style-type: none">- N. <i>focus group</i> secondo il piano dello studio.- N. conflitti emersi con il personale di assistenza/amministrativi.
Esiti/Outcome	<p>Il rapporto di Ricerca è stato redatto e trasmesso al Collegio Ipasvi di Firenze nell'ottobre 2011.</p> <p>Il Progetto è risultato vincitore della Borsa di Studio 2010 intitolata a Enrico Bertaccini.</p> <p>Durante il percorso non si sono verificate conflittualità e tutti gli strumenti e i documenti sono stati redatti e diffusi nei tempi previsti.</p>

Titolo	Il Coordinamento delle Dimissioni Complesse nell'Azienda Sanitaria di Firenze
Azienda	Azienda Sanitaria di Firenze
Dipartimento/Distretto	Direzione Sanitaria Aziendale
Unità operativa	Servizio Assistenza Infermieristica e Ostetrica
Città	Firenze
Indirizzo (della struttura)	Via di San Salvi, 12 Villa Fabbri Firenze
Email	coordinamento.dimissioni@asf.toscana.it
Referente (unico) per contatti	Fortini Patrizia
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto/Sperimentazione	Bellini Francesca , Responsabile S.C. Innovazione e Sviluppo Perillo Pina , Medico Rossi Cristina , Infermiera Braschi Elena , Infermiera Cecchini Stefano , Infermiere Fortini Patrizia , Infermiera Marretti Marco , Infermiere Ricci Mirando , Infermiere Pizzi Amelia , Assistente sociale Baldi Simone , Fisioterapista
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	30 maggio 2011
Progettazione terminata il	In corso
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto Azienda Altre Aziende/Altro
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Il percorso di dimissione è lo stesso per tutti gli assistiti dell'Azienda, indipendentemente dall'Ospedale (aziendale, universitario, o privato accreditato) in cui avviene il ricovero e dalla zona di residenza. Una valutazione multidimensionale orienta la scelta del <i>setting</i> appropriato dopo la dimissione.
Percorso sperimentale	L'utilizzo di uno specifico <i>software</i> permette la gestione del processo attraverso: <ul style="list-style-type: none"> - Integrazione delle valutazioni dei professionisti (medico, infermiere, assistente sociale, fisioterapista). - Disposizione da parte del territorio del piano assistenziale basato sulle indicazioni dell'Ospedale e sulla disponibilità di risorse (Lungodegenza, riabilitazione, assistenza domiciliare etc.). - Comunicazione in tempo reale tra i vari operatori coinvolti. - Coinvolgimento diretto del Medico Curante dalle prime fasi del processo.
Indicatori di processo	In fase di elaborazione
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Abbattimento del numero delle giornate di degenza. - Riduzione dei tempi di attesa al DEA. - Aumento delle prese in carico territoriali vs ricoveri in struttura.
Esiti/Outcome	L'utilizzo di un sistema informativo integrato e di un Centro di Coordinamento Territoriale della dimissione garantisce: <ul style="list-style-type: none"> - assicurazione di continuità; - gestione trasparente delle risorse e riduzione tempi di degenza; - omogeneità negli strumenti di valutazione; - utilizzo appropriato delle risorse.

TITOLO	Il paziente in un clic
Azienda	ASL10 Firenze
Dipartimento/Distretto	Direzione Infermieristica
Unità operativa	Assistenza Infermieristica Ospedaliera
Città	Firenze
Indirizzo (della struttura)	P.zza S. Maria Nuova
Email	l.luisella@virgilio.it
Referente (unico) per contatti	Cecchi Alessandro
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Terrosi Patrizia , Infermiera Coordinatrice Litta Luisella , Infermiera DS <i>professional</i> Cecchi Alessandro , <i>Risk Care Manager</i> Iannello Giuseppe , Infermiere DS <i>professional</i> Corti Vania , Infermiera Coordinatrice Mencucci Maristella , Dirigente Professioni Sanitarie ASL10 Firenze Monti Maria Grazia , Dirigente Professioni Sanitarie ASL 10 Firenze
	PROGETTO
Progetto iniziato il	2011
Progetto terminato il	In corso
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<ul style="list-style-type: none"> - Costruzione dello strumento di monitoraggio. - Documentazione integrata. - Cartella "in produttività". - Sistemi di indicatori condivisi.
Percorso sperimentale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costruzione del razionale dello strumento. 2. Scelta del modello teorico di riferimento. 3. Applicazione <i>in progress</i> a realtà dal meno complesso al più complesso. 4. Percorsi formativi di aula e <i>on the job</i>.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - N. di operatori formati vs operatori da formare. - N. di campi compilati vs campi compilabili. - N. di Fattori "in produttività" vs i Fattori rilevati.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - n. di Buone pratiche rilevate vs il totale delle buone pratiche rilevabili. - N. di criticità rilevate vs tipo di trattamento praticato.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione tempo medio di degenza. - Miglioramento della <i>compliance</i> del paziente. - Riduzione delle complicità. - Miglioramento qualità assistenziale

TITOLO	Ottimizzazione della postazione di lavoro: le 5s
Azienda	ASL 10 Firenze
Dipartimento/Distretto	Direzione Sanitaria Aziendale
Unità operativa	Innovazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari
Città	Firenze
Indirizzo (della struttura)	Via di S. Salvi, Palazzina 9
Email	pierluca.pacini@asf.toscana.it
Referente (unico) per contatti	Pacini Pier Luca , CPSE
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	<p>Monti Maria Grazia, Dirigente Sanitario S.C. Servizio di Assistenza Infermieristica ed Ostetrica</p> <p>Bellini Francesca, Direttrice S.C. Innovazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari</p> <p>Referenti progetto Ospedaliero:</p> <p>Melchiori Cinzia, CPSE</p> <p>Luisella Litta, CPSE</p> <p>Gensini Simona, CPSE</p> <p>Corti Vania, CPSE</p> <p>Mori Lucia, CPSE</p> <p>Referenti Progetto territoriale:</p> <p>Boni Roberta, CPSE</p> <p>Beligni Cinzia, CPSE</p> <p>Calamini Antonella, CPSE</p> <p>Stefanini Vilma, CPSE</p>
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	1° gennaio 2010
Sperimentazione terminata il	31 dicembre 2010
Obiettivo della Sperimentazione	Recupero del tempo assistenziale attraverso l'ottimizzazione della postazione di lavoro tramite la tecnica delle 5s.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto Azienda
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>L'Azienda Sanitaria di Firenze, nell'ambito della riorganizzazione secondo il modello dell'intensità di cure, ha posto particolare attenzione alla prossimità dei professionisti verso i propri pazienti.</p> <p>Nel cercare di ottimizzare il tempo assistenziale, si è resa conto che il tempo di assistenza diretta è indirettamente proporzionale alle interruzioni dovute al recepimento dei presidi necessari all'assistenza. La postazione di lavoro, infatti, spesso risultava non ordinata in maniera ottimale e scarsamente rifornita.</p> <p>L'utilizzo della tecnica delle 5s, sviluppata in aziende manifatturiere riorganizzate secondo la filosofia <i>Lean</i>, poteva essere risolutiva nel migliorare la postazione di lavoro, diminuendo i rischi e recuperando tempo da dedicare all'assistenza diretta.</p> <p>Tale tecnica garantisce, se le regole vengono rispettate, che la postazione di lavoro sia sempre in ordine e rifornita, in modo da non distogliere gli operatori nel recepire il materiale occorrente avendolo a disposizione nel luogo dove viene impiegato.</p>
Percorso sperimentale	<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione degli ambiti del progetto. - Formazione del personale individuato. - Sostegno ed implementazione del progetto. - Utilizzo della tecnica. - Effettuazione di <i>audit</i> atti al miglioramento/mantenimento della postazione di lavoro.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - N. operatori formati/N. operatori coinvolti. - Effettuazione di almeno un <i>audit</i> nell'anno solare di implementazione del progetto.
Indicatori di risultato	Raggiungimento di punteggio medio aziendale maggiore o uguale a 80

	centesimi.
Esiti/Outcome	Diminuzione degli spostamenti inutili con conseguente recupero di tempo assistenziale.

TITOLO	“Supply Chain”: La Reception di linea come strumento di logistica integrata alle Linee Assistenziali
Azienda	ASL 10 Firenze
Dipartimento/Distretto	Direzione Infermieristica
Unità operativa	Assistenza Infermieristica Ospedaliera
Città	Firenze
Indirizzo (della struttura)	via di Torregalli, 3
Email	luisella.litta@asf.toscana.it
Referente (unico) per contatti	Mencucci Maristella
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Mencucci Maristella , Dirigente Professioni Sanitarie ASL 10 Firenze Garofolini Luisa , CPSE Gensini Simona , CPSE Terrosi Patrizia , CPSE Monti Maria Grazia , Dirigente Professioni Sanitarie ASL 10 Firenze
	PROGETTO
Progetto iniziato il	
Progetto terminato il	In corso
Obiettivo del Progetto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Migliorare la comunicazione interna ed esterna per lo sviluppo della <i>customer service</i> delle Linee assistenziali. 2. Affidare le attività di assistenza indiretta alle <i>Reception</i> con conseguente recupero di tempo assistenziale all'operatore di linea (Medico, Infermieristico e Oss). 3. Sviluppare la logistica di asservimento attraverso l'utilizzo dei principi della <i>Manufacturing Resource Planning (MRP)</i>. 4. Recuperare e valorizzare il personale con inidoneità fisica, che può continuare ad esprimere le proprie capacità in ambito professionale.
Strutture coinvolte	Unità operativa
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>Azione 1 Gestione dei flussi telefonici in ingresso interni ed esterni, “intercettazione” delle chiamate in ingresso e reindirizzare le telefonate verso l'utente effettivo.</p> <p>Azione 2 Attività di <i>front line</i> del flusso di comunicazione gestione delle richieste provenienti dal cliente interno ed esterno.</p> <p>Azione 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informazioni all'utenza sull'organizzazione del servizio; - attività di “prevenzione”, a livello informativo, dei bisogni dell'utenza. <p>Azione 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ottimizzazione della consegna dei documenti di dimissione e del percorso CUP di 2° livello; - gestione documentazione sanitaria (esecuzione delle fotocopie della documentazione; consegna dei documenti all'utenza con le indicazioni per l'approvvigionamento dei farmaci di dimissione; prenotazione visite e/o esami di <i>follow-up</i>). <p>Azione 5 Ottimizzazione dell'attività di smistamento e consegna all'utenza dei referti istologici (verifica della reale destinazione dei referti e consegna ai Reparti per la presa visione da parte dei Medici, consegna all'utenza secondo le indicazioni del Medico).</p> <p>Azione 6 Razionalizzazione delle attività di accettazione e registrazione ricoveri (esecuzione dell'accettazione amministrativa - ADT - e verifica sul sistema informatizzato).</p> <p>Azione 7 Snellimento e centralizzazione delle procedure ESTAV di approvvigionamento e ricevimento merce (gestione richieste di linea, azioni di ricezione, controllo e verifica).</p> <p>Azione 8</p>

	<p><i>Azione 8</i> Gestione dei magazzini di linea o piano secondo la realtà di Presidio.</p> <p><i>Azione 9</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione delle azioni espresse nei punti 1 a 7. - Previsione di un percorso formativo <i>on the job</i> e in aula.
Percorso sperimentale	<p><i>Fase 1</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Definizione delle risorse da assegnare alla <i>Reception</i> di linea. - Identificazione dei luoghi idonei. <p><i>Fase 2</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisi delle risorse/vincoli e definizione dei requisiti strutturali e dotazione materiale. - Definizione dell'orario di servizio e delle procedure di ciascuna <i>Reception</i>. <p><i>Fase 3</i> Condivisione degli obiettivi con gli <i>stakeholders</i>.</p> <p><i>Fase 4</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Addestramento del personale di <i>Reception</i> sui programmi da utilizzare nella <i>work station</i>. - Informazione al personale di linea delle funzioni affidate alla logistica integrata. <p><i>Fase 5</i> Realizzazione dei magazzini di linea o di piano.</p> <p><i>Fase 6</i> Ogni indicatore espresso viene soddisfatto.</p>
Indicatori di processo	<p><i>Indicatore 1</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il 90% delle telefonate esterne e interne durante l'orario di servizio sono indirizzate ai Blocchi di Degenza e vengono processate dagli operatori di <i>Reception</i>. <p><i>Indicatore 2</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - N. criticità gestite dal Coordinatore di Linea. <p><i>Indicatore 3</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - N. segnalazioni URP. <p><i>Indicatore 4</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - N. referti consegnati correttamente vs referti. <p><i>Indicatore 5</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il 90% delle accettazioni di ricovero vengono eseguite dagli operatori di <i>Reception</i>. - SDO chiuse entro 30 gg dalla dimissione. <p><i>Indicatore 6</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - N. resi effettuati a Mav. - N. richieste urgenze effettuate a Mav. - N. reclami effettuati a Mav.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - N. pazienti dimessi con documentazione completa/N. pazienti dimessi. - Riduzione del 50% dei magazzini di Presidio. - Il 100% degli operatori coinvolti hanno eseguito la formazione.
Esiti/Outcome	<p>La soddisfazione del cliente interno ed esterno a cui si rivolge il progetto insiste nella capacità di orientare l'appropriatezza organizzativa nel Sistema Sanitario attraverso molteplici azioni svolte in un unico punto dell'organizzazione, capaci di rispondere a un bisogno a volte inespresso e a volte legato ad un andamento routinario, che impedisce una razionalizzazione delle risorse ed un impiego responsabile delle risorse umane e strumentali assegnate.</p>

TITOLO	Visual Management: il pannello di performances nelle linee assistenziali
Azienda	ASL 10 Firenze
Dipartimento/Distretto	Direzione Infermieristica
Unità operativa	Assistenza Infermieristica Ospedaliera
Città	Firenze
Indirizzo (della struttura)	Via di Torregalli, 3
Email	L.luisella@virgilio.it
Referente (unico) per contatti	Litta Luisella
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Litta Luisella , Infermiera DS <i>professional</i> Mencucci Maristella , Dirigente Professioni Sanitarie ASL 10 Firenze Buccioni David , Infermiere Coordinatore Brunetti Giancarlo , Infermiere Coordinatore Monti Maria Grazia , Dirigente Professioni Sanitarie ASL 10 Firenze
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	2009
Progettazione terminata il	In corso
Obiettivo del Progetto	L'obiettivo dell'attività di verifica è aiutare a sbloccare i problemi e rendere visibile il coinvolgimento del <i>Management</i> , lasciando al tempo stesso la responsabilità e la titolarità dei risultati in capo a coloro che operano sul campo.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<ul style="list-style-type: none"> - Introdurre il concetto della immediatezza della comunicazione visiva. - Coinvolgimento/condivisione di tutto il <i>team</i> assistenziale. - Guadagnare rapidamente in sicurezza e flessibilità.
Percorso sperimentale	<ul style="list-style-type: none"> - Identificare e condividere i dati di monitoraggio. - Comunicare al personale gli indicatori delle performances assistenziali. - Diffondere la consapevolezza della possibilità di migliorare. - Stimolare una "sana competizione" tra linee assistenziali.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Produzione ed elaborazione dei dati di performances condivisi. - Rispetto dei tempi di pubblicazione dei dati sul pannello di performances.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - N. riunioni effettuate dagli operatori di linee per condivisione risultati. - N. operatori presenti alle riunioni/N. totale operatori invitati.
Esiti/Outcome	Costruire il lavoro con una continua serie di "esperimenti" che danno come risultato un apprendimento continuo e di conseguenza una continua serie di miglioramenti.

TITOLO	Tavolo di coordinamento e di monitoraggio come strategia di comunicazione
Azienda	ASL10 Firenze
Dipartimento/Distretto	Direzione infermieristica
Unità operativa	Assistenza Infermieristica Ospedaliera
Città	Firenze
Indirizzo (della struttura)	Via di Torregalli 3
Email	Luisella.litta@asf.toscana.it
Referente (unico) per contatti	Mencucci Maristella
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Mencucci Maristella , Dirigente delle Professioni sanitarie Mondini Patrizia , Dirigente delle Professioni sanitarie Monti Maria Grazia , Dirigente delle Professioni sanitarie Latini Silvia , Direttore assistenziale infermieristico Gant Antonio , Direttore assistenziale infermieristico Franciolini Stefania , Direttore assistenziale infermieristico Rossi Cristina , Dirigente delle Professioni sanitarie
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	
Progettazione terminata il	In corso
Obiettivo del Progetto	Sostenere il cambiamento del paradigma organizzativo nell'ospedale per intensità di cura in un ambiente <i>empowered</i> ed <i>empowering</i> .
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<i>Obiettivi</i> - Coinvolgimento e motivazione dello staff. - Miglioramento dei processi. - Controllo e progressiva riduzione dei costi. - Flessibilità nel rispondere alle esigenze della persona assistita. - Miglioramento della qualità del prodotto/servizio.
Percorso sperimentale	Effettuare scelte quotidiane che supportino l'orientamento al cliente: maggiore soddisfazione, maggiore collaborazione all'interno dell'azienda e migliori condizioni di lavoro per i dipendenti.
Indicatori di processo	- N. relazioni effettuate/N. relazioni programmate. - N. personale presente/N. personale invitato.
Indicatori di risultato	N. tavoli effettuati vs N. tavoli programmati.
Esiti/Outcome	- Conoscenza maggiore dei servizi/strutture del Presidio. - Abbattimento del pregiudizio. - Incremento della capacità di mettersi in discussione - Marcato senso di appartenenza a un gruppo con cui potersi confrontare e identificare

TITOLO	Isolamento a colori: il valore della comunicazione nella prevenzione del rischio infettivo
Regione	Toscana
Azienda	Azienda Sanitaria di Firenze
Dipartimento/Distretto	Direzione Sanitaria e Direzione Infermieristica Zona Sud-Est
Unità operativa	Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Santa Maria Annunziata
Città	Firenze
Indirizzo (della struttura)	Via dell'Antella
Email	lucia.turco@asf.toscana.it
Referente (unico) per contatti	Rossella Rossetti
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Turco Lucia , Direttore Sanitario Bellagambi Gabriella , Medico Direzione Sanitaria Mondini Patrizia , Direttrice Infermieristica Zona Sud-Est Rosseti Rossella , Infermiera Coordinatrice Epidemiologa Pacciani Cristina , Infermiera Coordinatrice Direzione Sanitaria
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	1° maggio 2010
Progettazione terminata il	In corso
Obiettivo del Progetto	- Costruire un sistema di comunicazione semplice, sicura ed efficace attraverso l'uso dei colori, che consenta interventi di buone pratiche, nella prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. - Facilitare una comunicazione tempestiva e chiara che coinvolga tutti gli operatori che si occupano del percorso clinico assistenziale dell'utente.
Strutture coinvolte	Azienda
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Studio di incidenza prospettico
Percorso sperimentale	Incontri formativo-operativi con personale medico, infermieristico, tecnico, di supporto e con le ditte convenzionate attraverso l'utilizzo e la divulgazione di opuscoli informativi sui colori dell'isolamento, utilizzando un linguaggio comune, semplice e immediato.
Indicatori di processo	Presenza nel 100% dei Reparti e servizi degli opuscoli codice colore per la comunicazione efficace in caso di un evento infettivo.
Indicatori di risultato	Fornire una risposta semplice e immediata agli operatori sanitari ed alle ditte che lavorano nell'ambiente ospedaliero nella gestione del rischio infettivo, fornendo un ambiente sicuro per l'utente e per gli operatori.
Esiti/Outcome	Riduzione del 30% delle infezioni correlate all'assistenza per eventi infettivi.

TITOLO	Studio pilota presso la Struttura Semplice <i>Hospice</i> dell'Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro in merito alla correlazione tra competenza e soddisfazione sul lavoro del personale infermieristico
Azienda	IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST Istituto Nazionale per la Ricerca contro il Cancro
Dipartimento/Distretto	Dipartimento Professioni Sanitarie
Unità operativa	<i>Hospice</i>
Città	Genova
Indirizzo (della struttura)	Largo Rosanna Benzi, 10
Email	francesca.vassallo@hsan.martino.it
Referente (unico) per contatti	Vassallo Francesca
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Vassallo Francesca , ICPAH Gamberoni Loredana , Coordinatrice del Corso di Laurea di Infermieristica e Ostetricia presso l'Università di Ferrara Pilastrì Paola , Coordinatrice Infermieristica della Struttura Semplice <i>Hospice</i> Bonvento Catia Maura , Direttrice del Dipartimento delle Professioni Sanitarie
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Giugno 2009
Sperimentazione terminata il	In corso
Obiettivo della Sperimentazione	<i>Obiettivo primario</i> Studio pilota presso l' <i>Hospice</i> dell'Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro (IST) in merito alla correlazione tra competenza e soddisfazione sul lavoro del personale infermieristico. <i>Obiettivi secondari</i> I professionisti aumentino le competenze, acquisiscano sicurezza e siano soddisfatti della propria <i>performance</i> , diminuendo il <i>turnover</i> e la carenza infermieristica grazie ad un modello organizzativo innovativo. L'organizzazione acquisisca un'immagine interna ed esterna positiva, aumentando la fidelizzazione degli stessi professionisti. Implementazione delle <i>Liverpool Care Pathway for the Dying Patient</i> : cartella integrata per i pazienti degenti in <i>Hospice</i> .
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<i>Problema locale</i> L'IST negli ultimi anni ha dovuto affrontare dei cambiamenti legati al cambiamento strutturale e organizzativo, oltre che alla carenza di personale, al <i>turn over</i> e all'assunzione dei neoinfermieri. <i>Ambientazione</i> L' <i>Hospice</i> Maria Chighine nasce come nuova area, per la quale la Direzione strategica ha deciso di scegliere i professionisti all'esterno dell'IST. <i>Scelta del personale</i> Il gruppo è scelto in base alle indicazioni dell'Accreditamento Regionale: 1 Coordinatore, 10 Infermieri, 6 Operatori Sociosanitari. <i>Modello formativo</i> Vista la specificità dei pazienti, si è ritenuto organizzare un modello formativo per aumentare la competenza e pensato sulle conoscenze dei professionisti. <i>Modello organizzativo</i> Si è deciso di rivisitare la turnistica lasciando come limiti di flessibilità: garanzia della copertura del turno, non accavallamento mattina-pomeriggio, 36 ore lavorative settimanali, giornate di ferie, la restante

	<p>attività in autogestione. Si prevede una riunione settimanale e mensile per problemi organizzativi, casi clinici e formazione continua.</p> <p><i>Metodi di valutazione</i> Per valutare la competenza s'implementa una scheda di valutazione, utilizzando la tassonomia del Gilbert, costruita sul percorso del paziente, iniziando dall'accoglienza e progredendo fino all'accompagnamento alla morte, sino alla chiusura della presa in carico. Per la valutazione della soddisfazione del lavoro del personale si utilizza il <i>McCloskey/Muller Satisfacion Scale</i>. La scheda sarà somministrata in più periodi.</p> <p><i>Metodi statistici</i> La valutazione dell'appropriatezza della scheda di competenza e del questionario è definita metodologicamente: di tutte le fasi viene valutata la media, deviazione standard e Alfa di Cronbach.</p>
Percorso sperimentale	<p><i>Maggio 2009</i> - Intervista strutturata da parte del Direttore del Dipartimento Infermieristico, Direttore di Struttura, Psicologa per la scelta del personale dell'<i>Hospice</i>.</p> <p><i>Giugno 2009</i> - Presentazione del progetto al gruppo (<i>focus group</i>). - Condivisione della scheda di valutazione delle competenze che ripercorre il percorso del paziente e che è suddivisa in 10 fasi con delle sottoattività. - Condivisione del questionario sulla soddisfazione <i>McCloskey/Muller Satisfacion Scale</i>, nel quale si individuano 4 parti: anagrafica; informazioni relative al lavoro; informazioni relative alla difficoltà sul lavoro; informazioni relative alla soddisfazione del lavoro. - Si somministra la scheda delle competenze autovalutazione (tempo 0). - Si programma un corso di formazione di 15 giorni (Unità Formativa ISFOL) che prevede: lezioni frontali, <i>one to one</i>, <i>info tech</i>, giochi di ruolo, auto-casi. - Inizia il 20 giugno l'attività assistenziale routinaria.</p> <p><i>Luglio 2009</i> - Autovalutazione delle competenze (tempo 1).</p> <p><i>Ottobre 2009</i> - Distribuzione questionario per la soddisfazione del personale - Autovalutazione delle competenze (tempo 2).</p> <p><i>Gennaio 2010</i> - Distribuzione questionario per la soddisfazione del personale - Autovalutazione delle competenze (tempo 3).</p> <p><i>Febbraio 2010</i> - Analisi dei dati.</p> <p><i>Marzo 2010</i> Convocazione del gruppo ed esposizione ai professionisti dei risultati delle varie fasi e dei differenti questionari, seguite da discussione.</p>
Indicatori di processo	<p>Si descrivono le 4 fasi del percorso scelte della scheda di valutazione delle competenze:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gestione dei sintomi strutturati; - procedure diagnostico terapeutiche strutturate; - discussione in équipe strutturata; - accompagnamento alla morte strutturata. <p>Si osserva un aumento della media e una diminuzione della deviazione <i>standard</i> che possono essere interpretate come una indicazione del processo di maturazione del gruppo.</p> <p>L'analisi della Fase 9, specifica per le funzioni dell'<i>Hospice</i>, confrontando <i>item</i> nelle risposte date al Tempo 2 e 3, mostra che i valori sono diminuiti.</p> <p>Soddisfazione: delle ultime due parti sono stati estrapolati alcuni <i>item</i> in</p>

	riferimento alla difficoltà nell'accettare i cambiamenti, nella soddisfazione delle comunicazioni interne ed esterne, di riconoscimento dei colleghi o superiori.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none">- Si è utilizzata la <i>House of quality</i>, che traduce le richieste del cliente in competenza e soddisfazione, per mettere in correlazione la competenza e la soddisfazione con gli <i>outcome</i>. Gli <i>outcome</i> scelti sono: cadute, lesione da pressione, gestione del dolore, qualità della compilazione della cartella integrata.- Si è definita una scala di valutazione con dato qualitativo e quantitativo: 100% accettabile; 50% parzialmente accettabile; al di sotto del 50% non accettabile. Il monitoraggio è iniziato nel giugno 2009 e ad oggi è in corso.- Nel 2010 è stato fatto un <i>audit</i> clinico sulle cadute e sulle lesioni da pressione per modificare le procedure, migliorando lo <i>standard</i>.
Esiti/Outcome	<p>Il modello organizzativo inserito ha portato una modificazione di comportamenti e atteggiamenti; la possibilità di fermare le attività per vari giorni, per un progetto solo di formazione, non è possibile ovunque, per quanto possa pesare sul processo.</p> <p>Seguire i professionisti nella crescita e nell'implementazione di un modello nuovo aiuta a migliorare coloro che sono fautori dell'iniziativa; costi di risorse e tempo devono essere programmati perché non ci siano dispersioni.</p> <p>La competenza e la soddisfazione hanno una loro correlazione che deve essere messa in relazione a misure oggettive come gli <i>outcome</i>. I dati, se raccolti ed elaborati con i giusti strumenti, descrivono situazioni che devono essere contestualizzate ma che, comunque, danno informazioni sull'essere.</p>

Titolo	Nuova organizzazione ambulatoriale (NOA) - Sperimentazione di un percorso clinico assistenziale integrato Ospedale-Territorio
Azienda	AUSL di Imola
Dipartimento/Distretto	Dipartimento Emergenza e Accettazione/Dipartimento Cure Primarie
Unità operativa	Cardiologia/Nuclei di cure primarie
Città	Imola
Indirizzo (della struttura)	via Amendola, 2
Email	direttoregenerale@ausl.imola.bo.it
Referente (unico) per contatti	Nanni Ivana
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Carollo Davide , Direttore Direzione Tecnica delle Professioni Sanitarie Infermieristica, Ostetrica, Tecnico sanitaria, della Prevenzione e della Riabilitazione Suzzi Fabio , Medico di Medicina Generale La Rovere Lucia , Direttore Dipartimento Cure primarie Baldassarri Novella, Responsabile Infermieristico e tecnico Dipartimento cure primarie Antenucci Cesare , Direttore struttura complessa di Cardiologia Ferrara Rossella , Dirigente Medico Cardiologo Nanni Ivana, Referente Sviluppo Organizzativo
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	1° aprile 2010
Sperimentazione terminata il	31 dicembre 2011
Obiettivo della Sperimentazione	- Sperimentare un modello organizzativo di presa in carico, continuità assistenziale e tempestività di accesso ai servizi che possa garantire la gestione sul territorio dei pazienti con scompenso cardiaco, anche mediante la necessaria integrazione con i servizi specialistici ospedalieri di Cardiologia e lo sviluppo di competenze di <i>Primary Nursing</i> da parte degli Infermieri dei NCP. - Implementare il Percorso Clinico Assistenziale Aziendale sul paziente scompensato per la parte che riguarda l'assistenza dei pazienti sul territorio.
Strutture coinvolte Sperimentazione	Dipartimento/Distretto Multiprofessionale
Disegno progettuale	È attuale tra i MMG il dibattito sull'applicazione di modelli proattivi di assistenza al paziente cronico e sul trasferimento dell'assistenza di questi pazienti dall'Ospedale ai team multi-professionali di Cure Primarie. Sperimentazioni condotte all'estero sul modello <i>Chronic Care Model</i> , hanno dimostrato come in pazienti con patologie croniche, diabete, scompenso cardiaco cronico, asma e depressione, sia possibile ridurre significativamente il rischio di malattia. Sono presenti in letteratura revisioni sistematiche che in tema di <i>disease management</i> di condizioni croniche affermano che gli interventi multidisciplinari, considerati complessivamente, riducono in maniera significativa la mortalità per tutte le cause.
Percorso sperimentale	Il progetto vuole sperimentare un modello di presa in carico dei pazienti con patologie croniche in un contesto di Nucleo di Cure Primarie garantendo, mediante un'organizzazione di team multi-professionale nel NCP, la presa in carico e la continuità dell'assistenza sui problemi di salute di pazienti cardiopatici scompensati, assistiti dai MMG del NCP sede di sperimentazione. Il monitoraggio delle condizioni del paziente cardiopatico da parte di un Infermiere competente nell'ambulatorio infermieristico del NCP, la presa in carico integrata del paziente da parte del MMG e dello specialista Cardiologo, rappresentano gli elementi di innovazione.
Indicatori di processo	Aderenza ai percorsi clinico-assistenziali preconfigurati e condivisi per la presa in carico del paziente con scompenso cardiaco nei diversi stadi.
Indicatori di risultato	- N. di accessi in PS dei pazienti con scompenso cardiaco di stadio B e C presi in carico dal NCP.
Esiti/Outcome	- Un miglioramento degli esiti clinici dovuto a una maggiore <i>compliance</i>

- 
- degli assistiti ai programmi diagnostico terapeutici.
- Una riduzione dei re-ricoveri e degli accessi in Pronto Soccorso per gli assistiti seguiti con scompenso cardiaco.
 - Un incremento della soddisfazione dei cittadini e dei professionisti nel nuovo sistema di presa in carico ambulatoriale all'interno del NCP.

Titolo	Riorganizzazione del Punto di Accesso Distrettuale alle Cure Domiciliari in Punto Unico Aziendale di Accesso all'Assistenza Territoriale
Azienda	AUSL di Imola
Dipartimento/Distretto	Distretto (unico)
Unità operativa	Punto Unico di Accesso alle cure territoriali
Città	Imola
Indirizzo (della struttura)	via Amendola, 2
Email	ausl@ausl.imola.bo.it
Referente (unico) per contatti	Dott.ssa Nanni Ivana
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Carollo Davide , Direttore Direzione Tecnica infermieristica, Ostetrica, Tecnico-sanitaria, della Prevenzione e della Riabilitazione Bortolotti Cristina , Infermiera Coordinatrice, Coordinatrice Punto Unico Aziendale di Accesso all'Assistenza Territoriale (PUA) Dal Pozzo Paola , Dirigente Medico di Direzione del Distretto Nanni Ivana , Referente sviluppo organizzativo
	PROGETTO
Progetto iniziato il	Agosto 2009
Progetto terminato il	Dicembre 2010
Obiettivo del Progetto	<ul style="list-style-type: none"> - Garantire la continuità assistenziale tra i diversi <i>setting</i> di cura (Ospedale-Territorio, Ospedale-Residenzialità, passaggio a forme diverse di assistenza sul Territorio). - Fornire il raccordo funzionale, la valutazione preliminare dei casi, l'attivazione dei referenti dei servizi territoriali necessari per assicurare un'assistenza globale alle persone sul territorio.
Strutture coinvolte	Azienda
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	La dimissione dall'ospedale e l'accesso alle cure territoriali rappresentano ambiti da cui si attivano programmi di presa in carico e di continuità Ospedale-Territorio. La definizione di un percorso di continuità Ospedale-Territorio si realizza con l'intervento integrato del MMG e del PdIs, dei Professionisti dell'ospedale, dei Servizi Sanitari e Sociali del Territorio. Il Punto Unico di Accesso alle cure territoriali (PUA) esplica la funzione di raccolta, invio, facilitazione, attivazione dei referenti dei servizi territoriali interessati per la realizzazione del programma integrato di presa in carico e l'attivazione tempestiva della Rete di supporto all'utente e ai suoi famigliari.
Percorso sperimentale	Il progetto vuole sperimentare un modello di presa in carico dei pazienti nella fase di passaggio fra i diversi contesti di cura. Il PUA gestisce le segnalazioni ai MMG per la presa in carico sociale e sanitaria dei cittadini. La Rete dei Servizi Sanitari e Sociali può accedere al PUA tramite telefono, fax, mail, in fasce orarie stabilite nei giorni della settimana. La presa in carico e la continuità dell'assistenza sui problemi di salute di pazienti viene garantita attraverso le funzioni di raccordo, la valutazione contestuale dei casi al momento in cui si identifica un bisogno di continuità e l'attivazione dei professionisti referenti e appropriati per l'erogazione delle prestazioni necessarie.
Indicatori di processo	Realizzazione dei percorsi di dimissione protetta secondo procedura aziendale.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Gradimento dei cittadini sulla qualità del servizio. - N. di dimissioni protette attivate/anno.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Significativo aumento dei programmi di dimissione protetta in tempi appropriati. - Aumento della percezione di continuità dell'assistenza da parte del cittadino e dei professionisti. - Aumento dell'integrazione nei percorsi di presa in carico tra i professionisti dei diversi <i>setting</i> di cura.

TITOLO	La valutazione delle competenze cognitive nel ragionamento clinico
Azienda	AUSL di Imola
Dipartimento/Distretto	Staff Formazione
Unità operativa	Staff Formazione
Città	Imola
Indirizzo (della struttura)	Viale Amendola, 3
Email	mariarita.morigi@fastwebnet.it
Referente (unico) per contatti	Morigi Maria Rita
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Morigi Maria Rita , Coordinatrice Didattica
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	1° settembre 2010
Progettazione terminata il	20 dicembre 2010
Obiettivo del Progetto	Valutare le competenze cognitive acquisite dallo studente durante le sessioni di ragionamento clinico.
Strutture coinvolte	Corso di laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Bologna
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p>Il contesto in cui ho svolto la mia indagine è rappresentato dal Corso di laurea in Infermieristica dell'Università di Bologna, sede formativa di Imola. Per facilitare, negli studenti infermieri, lo sviluppo di una forma di pensiero riflessivo, simultaneo e creativo, riguardante i pazienti e la loro assistenza, la sede formativa del Corso di laurea Infermieristica di Imola ha attivato un percorso formativo triennale, che coinvolge il Coordinatore Didattico e lo studente nelle seguenti attività formative durante il periodo di tirocinio:</p> <p><i>Primo anno</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - supervisione e valutazione formativa dello studente. <p><i>Criteri di inclusione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - tutti gli studenti del primo, del secondo e del terzo anno che partecipano alle sessioni di ragionamento clinico dell'a.a. 2009/2010 (primo e secondo anno di corso) e a.a. accademico 2010/2011 (terzo anno di corso) nel periodo dello studio (da settembre a dicembre 2010). <p><i>Criteri di esclusione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - lo studente referente del caso di ogni sessione di ragionamento clinico. <p><i>Strumenti</i></p> <p>Per la valutazione delle competenze cognitive acquisite dallo studente è stata utilizzata una scheda di osservazione strutturata sulla base di alcune caratteristiche cognitive proprie del pensiero critico, ossia attività intellettuali usate in complessi processi di pensiero, quali l'analisi critica, le metodologie di problem-solving e di decision making, tratte dal capitolo secondo del testo <i>Processo infermieristico e pensiero critico</i> (Wilkinson 2009).</p> <p><i>Analisi dei risultati</i></p> <p>L'analisi statistica è stata eseguita utilizzando il programma Excel e riportata come numeri in percentuale, attraverso l'elaborazione di grafici che rappresentano la comparazione delle caratteristiche osservate tra gli studenti del primo, secondo e terzo anno.</p>
Percorso sperimentale	<p>Ho partecipato come osservatore esterno a tutte le sessioni di ragionamento clinico, condotte dai colleghi coordinatori di anno nei mesi di settembre e dicembre 2010.</p> <p>Ad ogni sessione ho presentato ai partecipanti lo scopo della mia presenza in aula, l'obiettivo della mia indagine e le modalità di osservazione; per ogni studente partecipante ho compilato la scheda individuale di osservazione, escludendo dalla osservazione lo studente referente del caso, il quale non prende parte al processo di ragionamento essendo già in</p>

	<p>possesso di tutte le informazioni e avendo già identificato i problemi di salute e i possibili interventi necessari per rimuovere le cause.</p> <p>Nello specifico, ho osservato le seguenti sessioni di ragionamento clinico:</p> <ul style="list-style-type: none">- N. 4 sessioni del primo anno (26 studenti osservati);- N. 2 sessioni del secondo anno (14 studenti osservati);- N. 2 sessioni del secondo anno (16 studenti osservati).
Indicatori di processo	N. di valutazioni positive della qualità didattica offerta per ogni sessione di ragionamento clinico dal coordinatore didattico/N. totale delle sessioni condotte.
Indicatori di risultato	N. di studenti per ogni anno di corso che hanno raggiunto la competenza rispetto alla capacità di utilizzo del linguaggio, di convinzioni e conoscenze, di chiarezza, comparazione, giudizio, valutazione e ragionamento/N. totale degli studenti che hanno partecipato alle sessioni di ragionamento clinico per ogni anno di corso.

Titolo	Sperimentazione di una funzione di ascolto e consulenza telefonica a gestione infermieristica nell'ambito di alcune Medicine di Gruppo dell'AUSL di Imola
Azienda	AUSL di Imola
Dipartimento/Distretto	Dipartimento Cure Primarie
Unità operativa	Nuclei di Cure Primarie
Città	Imola e Borgo Tossignano
Indirizzo (della struttura)	viale Amendola, 2
Email	ausl@ausl.imola.bo.it
Referente (unico) per contatti	Nanni Ivana
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	<p>Suzzi Fabio, Medico di Medicina Generale Carollo Davide, Direttore Direzione Tecnica Infermieristica, Ostetrica, Tecnico-sanitaria, della Prevenzione e della Riabilitazione La Rovere Lucia, Direttore Dipartimento Cure Primarie Baldassarri Novella, Responsabile Infermieristico e Tecnico Dipartimento Cure Primarie Nanni Ivana, Referente Sviluppo Organizzativo Mondini Danila, Infermiera Coordinatrice, Nuclei di Cure Primarie di Imola e Vallata</p>
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Novembre 2007
Sperimentazione terminata il	Dicembre 2012
Obiettivo della Sperimentazione	Sperimentare la fornitura di un servizio di semplici informazioni e consigli, utili per aiutare ad autogestire i problemi più comuni che i cittadini presentano, permettendo di aumentare e migliorare l'accessibilità al proprio MMG da parte degli assistiti.
Strutture coinvolte	Dipartimento/Distretto
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	La continuità assistenziale nella fascia giornaliera rappresenta un fattore importante al fine di garantire la risposta di assistenza primaria ai cittadini ed evitare che intraprendano altri percorsi meno appropriati; è anche un elemento di criticità all'interno degli ambulatori dei MMG, in ragione dei diversi orari di presenza del Medico e delle diverse fasce di copertura.
Percorso sperimentale	Si tratta di un servizio di ascolto e "consulenza telefonica" qualificato e competente, attraverso un numero dedicato, a disposizione di tutti gli assistiti dei MMG partecipanti, fornito da un Infermiere appositamente formato mediante un percorso condiviso con i MMG di allestimento di protocolli studiati per dare risposte corrette e appropriate riguardo a molti frequenti problemi di salute.
Indicatori di processo	N. risposte infermieristiche erogate all'utente in linea con le indicazioni fornite dai protocolli elaborati e condivisi nel <i>team</i> multiprofessionale di progetto.
Indicatori di risultato	Risultati emersi dal questionario di gradimento; N. di telefonate nelle fasce orarie di ricezione telefonica infermieristica.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Un miglioramento della continuità assistenziale per gli assistiti dei MMG aderenti al progetto. - Una riduzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso. - Un incremento della soddisfazione dei cittadini.

TITOLO	Gestire la dimissione
Azienda	ASL TO4
Dipartimento/Distretto	Formazione Aziendale
Unità operativa	Corso di laurea in Infermieristica
Città	Ivrea
Indirizzo (della struttura)	Via Montenavale
Email	erika.milanesio@unito.it
Referente (unico) per contatti	Milanesio Erika
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	<p>Milanesio Erika, Tutor pedagogico CLI, Università degli Studi di Torino, Sede di Ivrea</p> <p>Aloi Eleonora, Coordinatrice infermieristica S.S. di Lungodegenza Asl TO4</p> <p>Boeris Piera, Coordinatrice infermieristica Dipartimento Medico ASL TO 4</p> <p>Cardillo Flavia, Responsabile Servizio Infermieristico ASL TO4, sede di Ivrea</p> <p>Signaroldi Elvira, Co-Coordinatrice Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino, sede di Ivrea</p> <p>Targhetta Dur Diego, Co-Coordinatore Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino, sede di Ivrea</p> <p>Dimonte Valerio, Presidente Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p>
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Novembre 2010
Progettazione terminata il	In corso
Obiettivo del Progetto	<p><i>Obiettivo generale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Perfezionare la gestione della dimissione dell'utente ricoverato presso il Reparto di Lungodegenza dell'ASL TO4. <p><i>Obiettivi specifici</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Attivare la rete comunicativa tra Infermiere primario e gli altri membri dell'<i>équipe</i> multi-professionale che intervengono nel percorso dell'utente. - Uniformare le conoscenze degli Infermieri sull'offerta socio sanitaria dell'ASL TO4 riservata agli utenti anziani e disabili. - Attivare e certificare interventi strutturati di educazione/informazione pre-dimissione rivolti alla persona ricoverata e/o al <i>caregiver</i>. - Pianificare e certificare il progetto di dimissione adottando una documentazione integra per obiettivi.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>Pianificare la dimissione vuol dire <i>"Sviluppare un programma per dimettere il paziente quando questi è ancora in ospedale, allo scopo di contenere i costi e migliorare i risultati del paziente"</i>.</p> <p>L'attivazione di un piano strutturato e personalizzato nei pazienti anziani ospedalizzati a seguito di una condizione medica sembra infatti determinare la riduzione dei tempi di degenza e dei tassi di riammissione. La pianificazione della dimissione per gli anziani può essere migliorata attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il coinvolgimento precoce della famiglia; - l'informazione/educazione dell'utente/<i>caregiver</i>; - la comunicazione efficace tra professionisti, familiari e sanitari; - il supporto dopo la dimissione. <p>Dal 2008 la Lungodegenza dell'Ospedale di Castellamonte - ASL TO4 è organizzata secondo un modello di <i>Primary Nursing</i> nel quale ogni Infermiere è responsabile delle decisioni relative all'assistenza di un numero ristretto di utenti, nonché della pianificazione della dimissione. A 15 mesi dall'introduzione del nuovo modello organizzativo 5 Infermieri su 12 dichiarano di essere sempre responsabili del processo di cura</p>

	<p>dall'ammissione alla dimissione e altri 5 di esserlo spesso. La metà si ritiene sempre responsabile dell'informazione/educazione del paziente e dei familiari e 7 di loro dichiarano di pianificare e coordinare la dimissione coinvolgendo i familiari e gli altri professionisti.</p> <p>Emergono lacune conoscitive rispetto i percorsi post-dimissione, scarso riconoscimento dell'Infermiere primario da parte degli altri membri del <i>team</i> e una rigidità della documentazione clinica, ritenuta non in grado di monitorare i risultati ottenuti.</p> <p>Il progetto si propone da un lato di superare tali criticità, dall'altro di caratterizzare l'offerta formativa per gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica offrendo una palestra formativa in cui sperimentare la presa in carico dell'utente e del <i>caregiver</i>, collocata nella logica della continuità assistenziale e della multi-professionalità.</p>
Percorso sperimentale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Condivisione del progetto, presentazione della figura dell'Infermiere primario ai professionisti che intervengono nel piano di dimissione dell'utente e definizione delle modalità di interazione. 2. Formazione del personale infermieristico sull'offerta dei servizi ad anziani e disabili e sugli iter di attivazione della rete e costruzione di una procedura per l'attivazione della rete di servizi. 3. Formazione del personale infermieristico sull'individuazione e gestione dei bisogni educativi del <i>caregiver</i>/utente e attivazione di gruppi di lavoro per la costruzione di protocolli e schede di valutazione dell'apprendimento. 4. Formazione del personale infermieristico alla misurazione degli esiti assistenziali e all'utilizzo della classificazione NOC e costruzione di una bozza cartacea di documentazione infermieristica che descriva gli obiettivi prefissati e i risultati raggiunti. 5. Attivazione di un gruppo di lavoro multi-professionale e revisione dell'attuale cartella clinica integrata. 6. Sperimentazione della documentazione prodotta. 7. Analisi delle criticità emerse durante la sperimentazione. 8. Adozione della nuova documentazione clinica.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - % di cartelle cliniche che riportano la valutazione scritta del livello di apprendimento raggiunto dal <i>caregiver</i>/persona assistita. - % di cartelle in cui è documentato il piano di dimissione. - N. Infermieri della struttura di lungodegenza formati alla misurazione degli esiti assistenziali e della classificazione NOC = 90% - N. infermieri della struttura di lungodegenza formati sull'offerta dei servizi ad anziani e disabili e sugli <i>iter</i> di attivazione della rete = 90%. - Stesura di una istruzione operativa per l'attivazione della rete dei servizi: dicotomico. - Stesura di una bozza cartacea della documentazione infermieristica: dicotomico. - % di cartelle in cui è documentato il piano di dimissione.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - % di utenti dimessi dal reparto di Lungodegenza e riammessi presso uno dei servizi dell'ASL TO4 entro i primi tre mesi dalla data di dimissione. - N. di utenti dimessi entro il periodo programmato dall'équipe al momento della presa in carico nel servizio (entro le 72h) = 70%. - % di utenti che al momento della dimissione hanno ottenuto gli ausili necessari = 90%.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Documentazione del percorso di dimissione. - Riduzione delle riammissioni ospedaliere a breve termine. - Dimissioni in tempi prefissati. - Sperimentazione da parte degli studenti del Corso di laurea della presa in carico solistica.

TITOLO	Il professionista infermiere in una nuova sfida: il servizio continuità delle cure
Azienda	ASL Lecco
Dipartimento/Distretto	Dipartimento della Fragilità
Unità operativa	Servizio Continuità delle Cure
Città	Merate
Indirizzo (della struttura)	Via L. Mandic, 1
Email	corinna.balatti@asl.lecco .it
Referente (unico) per contatti	Balatti Corinna
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Scaccabarozzi G. , Direttore di Dipartimento Lombardi F. , Responsabile Servizio Continuità delle Cure Balatti C. , Referente Professioni Sanitarie Conti A. , Infermiere <i>Care/Case Manager</i> Fumagalli S. , Infermiere <i>Care/Case Manager</i> Ticozzelli R. , Infermiere <i>Care/Case Manager</i> Tempra E. , Infermiere <i>Care/Case Manager</i> Bonacina M. , Terapista della Riabilitazione <i>Care/Case Manager</i>
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	1° marzo 2010
Sperimentazione terminata il	In corso
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto Azienda Altre Aziende
Sperimentazione	<ul style="list-style-type: none"> - di tipo multiprofessionale; - non in corso di pubblicazione; - disseminazione prevista in altre sedi; - formazione presso DiFRA di professionisti interessati alla conoscenza/sviluppo del progetto.

GENNAIO/SETTEMBRE 2011	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	TOTALE
Ospedale di Lecco										
Dimissioni protette area geriatrica	31	21	28	24	28	20	33	29	21	235
Dimissioni protette cure palliative	19	20	21	11	26	17	21	13	18	166
TOTALI	50	41	49	35	54	37	54	42	39	401
	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	TOTALE
Ospedale di Merate										
Dimissioni protette area geriatrica	5	11	14	24	17	18	16	12	19	136
Dimissioni protette cure palliative	7	4	11	5	7	7	6	6	7	60
TOTALI	12	15	25	29	24	25	22	18	26	196

Titolo	Le ricadute del codice deontologico nella pratica infermieristica
Azienda	ASL Monza Brianza
Dipartimento/Distretto	UOP Corberi
Unità operativa	Ufficio Infermieristico
Città	Limbrate
Indirizzo (della struttura)	via Monte Grappa, 19
Email	paolagobbi64@yahoo.it
Referente (unico) per contatti	Gobbi Paola
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	<p>Gobbi Paola, Consiglio Direttivo Collegio IPASVI Muttillo Giovanni, Consiglio Direttivo Collegio IPASVI Magri Miriam, Consiglio Direttivo Collegio IPASVI Boubacar Daou, Consiglio Direttivo Collegio IPASVI Castaldo Anna, Consiglio Direttivo Collegio IPASVI</p> <p>Gruppo di studio sul nuovo Codice deontologico dell'Infermiere: Alagna Rosa Anna Barraco Ersilia Brunoldi Anna Castoldi Maria Grazia Dall'Armellina Marina Gallo Annamaria Marioni Lorena Pari Chiara Passoni Claudia Rosa Debora Suardi Ombretta</p>
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	19 giugno 2009
Sperimentazione terminata il	31 ottobre 2011
Obiettivo della Sperimentazione	<p>Nel giugno 2009 è stato proposto agli iscritti di costituire un gruppo di studio finalizzato a rendere più 'spendibili' nella pratica professionale i dettami del Codice, attraverso la produzione di una serie di esemplificazioni, sotto forma di casi/fattispecie descritte.</p> <p>L'ipotesi di ricerca che ha guidato l'intero progetto è la seguente: "Il nuovo codice deontologico rappresenta uno strumento valido/utile per l'infermiere nella presa di decisioni di fronte ai problemi etici che scaturiscono nella pratica quotidiana dell'assistere".</p>
Strutture coinvolte	Altre Aziende/Altro
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p>Il Collegio IPASVI di Milano-Lodi ha organizzato due convegni per i propri iscritti (28 marzo e 17 maggio 2009) aventi come oggetto l'analisi e la discussione del nuovo Codice. Da questi eventi preparatori è nato il progetto che ora viene presentato.</p> <p>È stato proposto agli iscritti del Collegio IPASVI di Milano-Lodi di costituire un gruppo di studio finalizzato a rendere più 'spendibili' nella pratica professionale i dettami del Codice, attraverso la produzione di una serie di esemplificazioni, sotto forma di casi/fattispecie descritte, analizzate con metodo alla luce dei contenuti dei singoli articoli. Infatti si ritiene che debbano essere gli Infermieri impegnati "in prima linea" nell'assistenza a realizzare questo contributo, insieme a Infermieri/altri professionisti esperti in bioetica.</p> <p>Il progetto è stato discusso insieme agli iscritti nel corso di un incontro tenutosi il 10 giugno 2009. In questa sede i partecipanti hanno fatto emergere le seguenti criticità/spunti di riflessione e di approfondimento, in merito alla proposta esposta nel paragrafo "il progetto":</p> <ul style="list-style-type: none"> - giudicata buona la scelta del Collegio di utilizzare la metodologia dei casi per la discussione in ambito etico;

	<ul style="list-style-type: none"> - ritenuto prioritario l'utilizzo di casi scaturiti nell'assistenza in ambiti generalisti (medicina/hospice), senza trascurare anche aree insolite per i problemi etici, quali l'organizzazione e il territorio.
Percorso sperimentale	<p>Presso la sede del Collegio di Milano sono stati organizzati 15 <i>Focus group</i> a cadenza mensile tra ottobre 2009 e febbraio 2011, aventi come oggetto l'analisi di uno specifico problema/dilemma etico vissuto in prima persona, e quindi raccontato sotto forma di "caso" da uno dei partecipanti all'incontro.</p> <p>L'analisi è stata condotta utilizzando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gli articoli del Codice pertinenti al problema in discussione; - la griglia di analisi proposta dal prof. Spinsanti (e descritta nel testo "<i>Bioetica e nursing. Pensare, riflettere, agire</i>". Mc Graw-Hill, Milano, 2001); - altra documentazione scelta di volta in volta in base all'argomento oggetto di discussione (normativa, linee guida di società scientifiche, documenti del Comitato di Bioetica, articoli di giornale, ecc.); - i vissuti (personali, professionali) dei partecipanti all'incontro. <p>Hanno aderito al progetto 26 colleghi, dei quali 25 iscritti al Collegio di Milano, e quattro consiglieri, dei quali uno ha svolto le funzioni di referente scientifico.</p> <p>Il progetto è stato accreditato come progetto di formazione sul campo per l'anno 2010 (12 crediti acquisiti dai partecipanti presenti a tutti gli incontri).</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Sono stati organizzati 15 <i>Focus group</i> presso la sede del Collegio, da ottobre 2009 a febbraio 2011. - Sono stati discussi 11 casi clinico-assistenziali a valenza etica, vissuti e descritti dagli stessi partecipanti ai <i>Focus group</i>. - Ad ogni incontro hanno partecipato mediamente 10-12 infermieri. - Per ogni incontro è stato prodotto il relativo verbale. - Sono stati organizzati due <i>audit</i> finali per la verifica/confutazione dell'ipotesi di ricerca.
Indicatori di risultato	<p>Conferma o confutazione dell'ipotesi di ricerca mediante discussione di ogni singolo caso, utilizzando gli articoli del Codice Deontologico come guida per la presa di decisioni (o per l'analisi di decisioni già prese).</p>
Esiti/Outcome	<p>L'ipotesi di ricerca è stata in larga parte confermata: nella maggior parte delle situazioni assistenziali descritte (8 su 11) il Codice deontologico, nelle diverse articolazioni, rappresenta uno strumento utile, valido, spendibile nella pratica.</p> <p>Il Codice è stato di minor aiuto nella ricerca di soluzioni eticamente giustificabili laddove le fattispecie descritte rappresentano problemi etici/assistenziali o di particolare complessità nella loro risoluzione (l'ambito psichiatrico su tutti) o si presentano con frequenza minore (vedi i casi relativi alla sperimentazione della pillola RU486 o di nuove terapie per la cura del cancro).</p>

Titolo	Programma di riduzione delle cadute in una residenza psichiatrica lombarda
Azienda	ASL Monza Brianza
Dipartimento/Distretto	UOP Corberi
Unità operativa	Ufficio Infermieristico
Città	Limbate
Indirizzo (della struttura)	via Monte Grappa, 19
Email	paolagobbi64@yahoo.it
Referente (unico) per contatti	Gobbi Paola , Responsabile infermieristico
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Redaelli Giuseppina , Coordinatrice infermieristica Campo Giuseppe , Coordinatore infermieristico Ferullo Daniele , Coordinatore infermieristico Copreni Paolo , Infermiere Rocca Gabriele , Medico Psichiatra, Direttore UOP Marsano Angelo , Medico, <i>Risk Manager</i>
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	1° febbraio 2009
Progettazione terminata il	In corso
Obiettivo del Progetto	Supportare l'operatore sanitario (Infermiere, educatore, operatore tecnico) nella corretta e tempestiva identificazione dell'ospite a rischio di caduta. Individuare strategie di prevenzione ritagliate sullo specifico profilo di rischio di ciascun ospite.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>Nel mese di febbraio 2010 si è costituito il Gruppo aziendale di Prevenzione evento cadute su mandato della Direzione Generale dell'ASL, che ha inserito nelle linee strategiche aziendali l'ottimizzazione della gestione del Presidio Ospedaliero (P.O.) Corberi, prevedendo per gli anni 2009-2011 tre progetti specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - implementazione strumento di rilevazione del rischio di cadute; - analisi del rischio di cadute; - strategie di prevenzione mirate sui singoli ospiti che cadono più frequentemente. <p>Il gruppo multidisciplinare è formato da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Risk Manager</i> aziendale - Direttore U.O.P. - Responsabile del servizio prevenzione e protezione - Responsabile dell'Ufficio Infermieristico - Medico ed Educatore del Reparto Montessori - Infermiere Coordinatore - Infermiere del Reparto Mingazzini - Operatore Socio Sanitario del reparto Ospedaliero. <p>Il progetto, tuttora in corso, ha previsto 8 fasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. definizione del mandato; 2. istituzione del gruppo, stesura e revisione procedura aziendale; 3. realizzazione di un corso di formazione per gli operatori; 4. produzione di una scheda di rilevazione del rischio e sua adozione in tutti i reparti; 5. segnalazione in cartella clinica degli eventi cadute e degli interventi correttivi adottati in tutti i reparti; 6. <i>audit</i> di verifica presso i reparti degli obiettivi prefissati; 7. introduzione scala Morse per la valutazione del rischio per tutti gli ospiti, da utilizzare 4 volte l'anno, accompagnata da una scheda degli interventi da attuare sui pazienti a rischio; 8. formazione e <i>audit</i> di verifica ripetuti semestralmente.
Percorso sperimentale	Il Presidio Corberi, in origine ospedale psichiatrico per minori, si è ritrovato

	<p>nel tempo a garantire una continuità assistenziale ai ricoverati, ormai divenuti adulti, assicurando una sua specificità caratterizzata dal coniugare un'alta intensità assistenziale con un'alta intensità riabilitativa.</p> <p>All'interno del Presidio è presente l'Unità Operativa di Psichiatria che si articola in un'area residenziale, un'area semiresidenziale e un'area ambulatoriale.</p> <p>L'area residenziale è costituita da 2 Reparti di degenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Reparto Montessori</i> (posti occupati 84) suddiviso in sette nuclei/gruppi di 10/12 posti letto. La struttura accoglie ospiti con disabilità intellettiva, doppia diagnosi, sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico (psicosi ad esordio infantile). - <i>Reparto Mingazzini</i> (posti occupati 47) suddiviso in cinque nuclei/gruppi di 10/12 posti letto che accoglie ospiti con esiti di cerebropatie di grado medio-lieve ad esordio precoce (perinatale), sindromi da alterazione globale dello sviluppo. <p>Il percorso, che ha coinvolto circa 140 operatori dei 2 Reparti dell'UOP Corberi, ha visto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la produzione e l'adozione all'interno del Presidio di una nuova e unica scheda di segnalazione cadute ed eventi traumatici. Dall'analisi delle schede di segnalazione in uso sono emerse carenze in parte imputabili al compilatore e in parte ad <i>item</i> mancanti; - l'acquisizione di modalità idonee alla registrazione della segnalazione di caduta nella cartella clinica; - la definizione di modalità di segnalazione dei provvedimenti adottati a seguito di caduta; - la definizione di soggetti tenuti ad effettuare l'analisi dei dati sulle segnalazioni delle singole cadute, la relativa periodicità e i destinatari della reportistica; - l'implementazione di modalità di analisi delle cadute individuando i soggetti da coinvolgere nell'analisi stessa; - l'implementazione di interventi di prevenzione mirati, che hanno interessato i luoghi di vita e la pratica assistenziale.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Ridurre le cadute. - Ridurre i possibili danni correlati. - Migliorare o mantenere l'autonomia funzionale e la qualità della vita. - Non ridurre inappropriatamente autonomia e mobilità. - Corrette allocazioni di risorse. - Rimozione di arredi dai corridoi. - Installazione di corrimani o maniglioni per disabili in alcuni luoghi. - Installazione di vasche per disabili. - Applicazione di spondine di protezione. - Riduzione dell'altezza del letto. - Sostituzione di scarpe (n° idoneo, suola in gomma). - Biancheria più comoda (con elastico in vita). - Rimozione del pullmino aziendale dall'area della mensa.
Indicatori di risultato	<p><i>Interventi assistenziali</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Maggior sensibilizzazione del personale che assiste l'ospite al problema cadute. Nel corso di formazione anno 2010 si erano formati dei gruppi di lavoro per studiare delle strategie di intervento per ridurre le cadute dei pazienti che avevano registrato il maggior numero. - Variazione di terapia farmacologica. - Spostamento dell'ospite dal gruppo in caso di etero-aggressività.
Esiti/Outcome	<p><i>Numero delle cadute occorse nel 2010:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le cadute sono aumentate del 13% circa rispetto al 2009. Il dato è poco attendibile in quanto compara le 259 cadute dei nove mesi dell'anno 2010 e le 229 cadute complessive dell'anno 2009 (a fine settembre 2010, si registrano 30 eventi in più dell'anno 2009). - Le cadute rappresentano circa la metà degli eventi traumatici segnalati nel periodo di riferimento (332 eventi traumatici) rispetto 1/3 dell'anno precedente.

- 62 eventi da caduta registrati dal data-base aziendale nell'ultimo trimestre 2009.

Comparando i dati da caduta relativi ai primi nove mesi dei due anni, si rilevano 167 cadute contro le 259 del 2010 (+ 93 eventi circa), con un aumento superiore circa al 50%.

È probabile che ci sia stata una maggiore attenzione nella segnalazione.

Titolo	Sviluppo delle Comunità di Pratica (CdP) su tematiche organizzativo-assistenziali
Azienda	ASL 2 Lucca
Dipartimento/Distretto	Servizio Infermieristico
Unità operativa	UO Formazione
Città	Lucca
Indirizzo (della struttura)	Via per S. Alessio, Monte S. Quirico - 55100 Lucca
Email	mc.orsi@usl2.toscana.it
Referente (unico) per contatti	Orsi Maria Cristina , Responsabile Formazione Fad ASL 2 Lucca
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Anelli Catia , Infermiera Coordinatrice Grandi Maria Domenica , Infermiera Coordinatrice Sacconi Paola , Infermiera Coordinatrice Ciccarone Giuseppina , Infermiera Coordinatrice Biondi Cristina , Infermiera Coordinatrice Beltramo Fabrizio , Infermiere Pancaccini Francesco , Infermiere Menchini Arianna , Infermiera Gianni Paola , Infermiera
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	02/02/2011
Progettazione terminata il	31/12/2011
Obiettivo del Progetto	Condividere le conoscenze scientifiche ed esperienziali in ambito assistenziale attraverso l'attivazione di Comunità di Pratica (CdP).
Strutture coinvolte	Azienda
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p>Il progetto, attraverso un modello di didattica innovativa rappresentato dalle Comunità di Pratica (CdP), ha come obiettivo quello di sviluppare i contenuti su tematiche assistenziali, attraverso la condivisione del patrimonio di conoscenze dei singoli professionisti che partecipano al percorso formativo.</p> <p>L'idea è quella che la conoscenza si costruisce insieme e rappresenta un modo di vivere, lavorare e studiare.</p>
Percorso sperimentale	<p>Attivazione di 4 CdP che, dopo aver appreso la metodologia e conosciuto il funzionamento della Piattaforma <i>e-learning</i>, con la guida di due <i>Tutor</i> mettono in comune le conoscenze (attraverso una accurata revisione bibliografica) sui seguenti argomenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il territorio è pronto ad accogliere il paziente non acuto? - Chi è il <i>caregiver</i> e quali caratteristiche dovrebbe avere? - I percorsi terapeutico-assistenziali. Ospedale ad alta, media e bassa intensità di cura: quali criteri? <p>Redazione di un dossier finale sulle tematiche affrontate.</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione della mappa concettuale per lo sviluppo dell'argomento di ciascuna CdP, secondo un esempio fornito di mappa MC. - Applicazione della corretta metodologia di gestione delle CdP secondo la guida alla funzionalità delle CdP - Attività di fruizione partecipante e le indicazioni per effettuare la ricerca bibliografica alla redazione di un dossier finale sull'argomento trattato secondo uno specifico <i>format</i>. - Frequenza attiva in piattaforma verificata attraverso l'inserimento di almeno tre documenti e relativi commenti da parte di ciascun partecipante. - Realizzazione di almeno 2 incontri di gruppo per condividere il lavoro.
Indicatori di risultato	Redazione di un dossier sull'argomento trattato, attraverso lo sviluppo della mappa concettuale elaborata, e secondo il <i>format</i> indicato.
Esiti/Outcome	I documenti saranno condivisi dal gruppo professionale e utilizzati come riferimento per l'elaborazione di interventi operativo-assistenziali.

Titolo	Ricerca applicata sull'adozione della buona pratica di misura e gestione del dolore all'interno dell'ASL2 Lucca
Azienda	ASL 2 Lucca
Dipartimento/Distretto	Direzione infermieristica
Unità operativa	Servizio infermieristico
Città	Lucca
Indirizzo (della struttura)	Via per s. Alessio, Monte s. Quirico 55100 Lucca
Email	L.traballoni@usl2.toscana.it
Referente (unico) per contatti	Traballoni Luciana
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Traballoni Luciana , Dirigente Infermieristico Mazzotti Rosa Mila , Infermiera Coordinazione Formazione Infermieristica Salutini Eleonora , Infermiera
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	1° marzo 2011
Progettazione terminata il	30 settembre 2011
Obiettivo del Progetto	Intraprendere un percorso di valutazione relativo all'adozione della buona pratica di misura e gestione del dolore all'interno dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda USL 2 di Lucca.
Strutture coinvolte	Azienda
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Il progetto di ricerca utilizza come strumento di indagine per la ricerca applicata in materia di misura e gestione del dolore, un questionario della Regione Toscana, "La misura e gestione del dolore", che segue la linea della buona pratica (allegato a), e i requisiti di accreditamento contenuti nel BURT 28/12/2010 (allegato e). Il questionario è stato strutturato per esaminare tre aree funzionali: - la prima intende verificare la partecipazione del personale a eventi formativi e il loro bisogno di formazione; - la seconda analizza la situazione all'interno delle UU.OO dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda USL 2 di Lucca, in merito alla modalità di rilevazione del dolore; - la terza prende in esame la modalità di gestione del dolore e della terapia somministrata.
Percorso sperimentale	Richiamandosi ai principi etici, a iniziative mondiali, nazionali e regionali è emersa la necessità di intraprendere un percorso di valutazione relativo all'adozione della buona pratica di misura e gestione del dolore, all'interno dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda USL2 di Lucca. Nell'ambito delle strategie di sviluppo dell'Ospedale senza dolore e di gestione del rischio clinico, attraverso la somministrazione al personale sanitario (medici e infermieri) di un questionario strutturato <i>ad hoc</i> sono stati raccolti e analizzati i dati. Sono emerse alcune criticità che orienteranno le azioni di miglioramento per una corretta misurazione e gestione del dolore.
Indicatori di processo	Adesione alla ricerca: n° questionari restituiti = o > al 70% Compilazione dello strumento in tutte le sue parti = o > al 80%
Indicatori di risultato	Analisi quantitativa/qualitativa degli scostamenti tra il gruppo (Medici e Infermieri) e popolazione, raggruppata per singole aree funzionali.
Esiti/Outcome	- Validazione strumento questionario adottato. - Possibilità, attraverso l'analisi quantitativa/qualitativa dei dati, di mettere in atto interventi di miglioramento di misurazione e gestione del dolore nell'Azienda USL 2 Lucca.

Titolo	Sanità di iniziativa e infermiere di famiglia nell'Azienda USL2 di Lucca
Azienda	ASL 2 Lucca
Dipartimento/Distretto	Direzione infermieristica
Unità operativa	Servizio infermieristico
Città	Lucca
Indirizzo (della struttura)	Via per S. Alessio, Monte S. Quirico, 55100 Lucca
Email	L.traballoni@usl2.toscana.it
Referente (unico) per contatti	Traballoni Luciana
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Traballoni Luciana , Dirigente Infermieristico Natucci Luisa , Responsabile assistenza infermieristica territoriale Mazzotti Rosa Mila , Infermiera Coordinamento Formazione Infermieristica Foli Manuela , Infermiera
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	1° gennaio 2011
Progettazione terminata il	30 settembre 2011
Obiettivo del Progetto	Valutare lo stato di avanzamento del progetto sulla Sanità di Iniziativa dell'Azienda USL 2 di Lucca, indagando sul ruolo dell'Infermiere in termini di sviluppo e ampliamento delle competenze sul territorio.
Strutture coinvolte	Dipartimento/distretto
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<i>Fase 1</i> Osservazione diretta dell'attività sanitaria svolta presso il modulo territoriale denominato "il ponte" dove viene attuata la Medicina d'Iniziativa. <i>Fase 2</i> Indagine conoscitiva mediante somministrazione di apposito questionario rivolto a Medici, Infermieri e pazienti che afferiscono a quel modulo territoriale.
Percorso sperimentale	In via preliminare è stata condotta un'analisi della letteratura e della normativa vigente a livello nazionale e regionale e sono stati reperiti i dati epidemiologici riguardanti i problemi di salute, con particolare attenzione alla presenza di malattie croniche nel target di popolazione di riferimento. Successivamente, il percorso è stato caratterizzato da un primo momento osservazionale, attraverso l'osservazione diretta dell'attività sanitaria svolta presso il modulo territoriale denominato "il ponte" e sono stati raccolti i primi dati riguardanti l'organizzazione del servizio e il ruolo dell'Infermiere nell'ambito della Medicina d'Iniziativa. In un secondo momento è stata fatta un'indagine conoscitiva mediante somministrazione di apposito questionario rivolto a Medici, Infermieri e pazienti che afferiscono a quel modulo territoriale.
Indicatori di processo	Attivazione del modello di Medicina d'Iniziativa con il coinvolgimento di professionisti e pazienti.
Indicatori di risultato	- Reazioni positive > o = all'80 % dei professionisti (Medici e Infermieri) all'adozione del modello di Medicina d'Iniziativa. - Reazioni positive > o = al 70 % dei pazienti.
Esiti/Outcome	Il modello di Medicina d'Iniziativa ha avuto un livello di adesione dei pazienti > o = 70%.

TITOLO	Scuolavisione
Azienda	Scuola Superiore Medico-Tecnica, SSMT
Dipartimento/Distretto	DFP
Unità operativa	Formazione TSO
Città	Lugano
Indirizzo (della struttura)	Via Ronchetto, 14
Email	lubinu.francesco@gmail.com
Referente (unico) per contatti	Lubinu Francesco , Infermiere formatore
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Stringhini Giancarlo , Vicedirettore SSMT Cattaneo Alberto , Dottore in Psicologia, Ricercatore di campo Arrigo Osvaldo , Responsabile Dipartimento Formazione Continua
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	2007
Progettazione terminata il	In corso
Obiettivo del Progetto	<i>Sviluppo di una guida metodologica e didattica ad uso dei Docenti</i> <i>Scuolavisione</i> è un progetto innovativo che vuole sfruttare la possibilità di rendere interattivi brevi spezzoni video, al fine di favorire l'apprendimento nel settore della formazione professionale. Il materiale audiovisivo ha molteplici potenzialità per essere integrato in attività didattiche, che spesso però non vengono sfruttate, per limiti infrastrutturali o per la difficoltà di trovare materiale che risponda davvero alle esigenze dei Docenti: molta documentazione, ma preconstituita e poco duttile. <i>Scuolavisione</i> vuole permettere a tutti i Docenti, senza particolari competenze informatiche, di personalizzare e strutturare materiale didattico per le proprie attività di formazione, sfruttando il video e collegandovi ulteriori risorse di qualsiasi genere (documenti, immagini, audio...). È un metodo didattico, basato sui criteri per i quali un video interattivo può essere efficace per l'apprendimento; è uno strumento a disposizione dei Docenti e dei formatori professionali e non, per rendere interattivi in modo autonomo dei brevi filmati. <i>Scuolavisione</i> diventa quindi un portale di condivisione dei materiali didattici creati, un'offerta di formazione continua per acquisire competenza su metodi e strumenti di cui sopra, un facile collegamento per accedere alle teche radiotelevisive.
Strutture coinvolte	Dipartimento/Distretto Azienda Altre Aziende/Altro
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	- Sviluppo prodotto multimediale in formato beta; - inizio applicazione in piccoli gruppi; - modifica sistematica e risoluzioni errori in <i>working progress</i> ; - sviluppo migliorie e interfacce multimediali; - formazione dei Docenti in piccoli gruppi; - sperimentazione sul campo; - sviluppo versione alfa; - applicazione sistematica e distribuzione sul territorio.
Percorso sperimentale	Realizzazione, condivisione, riutilizzo e personalizzazione di video interattivi, resi disponibili su piattaforma multimediale in <i>download</i> o <i>video streaming</i> .
Indicatori di processo	- Risultati scolastici; - motivazione oggettiva e soggettiva Docenti e allievi; - capacità cognitiva di analisi di situazioni professionali; - capacità e identificazione di competenze; - attivazione del <i>transfert</i> di competenze trasversali.
Esiti/Outcome	Applicazione e diffusione su tutto il territorio elvetico.

Titolo	Certificazione ISO 9001: esperienza UU.OO. Urologia Nefrologia di Macerata
Azienda	ASUR Marche
Dipartimento/Distretto	Chirurgico/Medico
Unità operativa	Urologia/Nefrologia
Città	Macerata
Indirizzo (della struttura)	Via Santa Lucia
Email	lorella.montironi@sanita.marche.it
Referente (unico) per contatti	Montironi Lorella
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Montironi Lorella , Coordinatrice Sensini Emanuela , Infermiera Lys Ewa , Infermiera Mariucci Serenella , Infermiera Bitondo Agnese , Infermiera
	PROGETTO
Progetto iniziato il	Gennaio 2010
Progetto terminato il	Dicembre 2010
Obiettivo del Progetto	Migliorare la qualità attraverso la certificazione ISO 9001
Strutture coinvolte	Azienda
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Raggiungimento e mantenimento certificazione ISO 9001
Percorso sperimentale	Formazione degli operatori coinvolti, riunioni del gruppo di lavoro, produzione procedure e istruzioni operative.
Indicatori di processo	Produzione di procedure e istruzioni operative e documenti previsti dalla legge ISO 9001.
Indicatori di risultato	Ottenimento Certificazione ISO 9001. Risoluzione non conformità.
Esiti/Outcome	UU.OO. certificate, produzione di 23 procedure e di 37 istruzioni operative. Monitoraggi delle attività.

Titolo	Migliorare la relazione d'aiuto infermieristica con la persona affetta da demenza in strutture residenziali, mediante l'applicazione sperimentale di un piano assistenziale
Azienda	Azienda Sanitaria ULSS 3 Bassano del Grappa
Dipartimento/Distretto	Distretti
Unità operativa	Residenzialità Territoriale
Città	Marostica
Indirizzo (della struttura)	Via panica, 17
Email	giovanni.ballestrin@aslbassano.it
Referente (unico) per contatti	Mosele Antonella
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	<p>Busa Francesca, Coordinatrice Direttori D1/D2 Ballestrin Giovanni, Responsabile Residenzialità Territoriale Mosele Antonella, Responsabile Coordinamento Attività Assistenziali Salsa Francesco, Presidente Rotary Club Zanetti Atonia, Presidente Associazione AMAD Rigon Luisa Anna, Presidente Formazione in Agorà Bordignon Angelino, Direttore Centro Servizi Gò Paola, Infermiera Coordinatrice Carlesso Nathalie, Infermiera Coordinatrice Nervo Sabrina, Infermiera Coordinatrice Maluccelli Paola, Infermiera Coordinatrice Tosin Renato, Infermiere Coordinatore Spanio Daniele, Infermiere Coordinatore Tadiello Donatella, Logistica Coordinamento Dragu Dorian, Infermiere Scomazzon Tonina, Infermiera Nistor Cristina, Infermiera Errico Fernando, Infermiere Ceccon P. Antonio, Infermiere Coppolaro Gina, Infermiera Zonta Paola, Infermiera Scanagatta Rosanna, Infermiera Vasile Monica, Infermiera Baduna Carmen, Infermiera Urseiu Simona, Infermiera Gheorghievici Monica, Infermiera <i>Partnership: ASL 3, Rotary Club, 7 Centri Servizi - Formazione in Agorà</i></p>
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	14 marzo 2011
Sperimentazione terminata il	12 novembre 2011
Obiettivo della Sperimentazione	<p>Elaborare, e successivamente implementare, un piano di assistenza infermieristica alla persona demente ospite delle strutture Casa di riposo/RSA, che contenga metodi e strumenti operativi (procedure/istruzioni operative, modelli di approccio) in grado di uniformare gli interventi assistenziali ed elevare gli <i>standard</i> qualitativi.</p> <p>L'obiettivo finale è di pervenire, tramite l'applicazione di tale piano assistenziale infermieristico, a un miglioramento della relazione d'aiuto tra Infermiera/e e persone affette da demenza (il che comporta anche miglioramento delle relazioni strumentali, con i familiari e con i colleghi di équipe), portando conseguentemente a un possibile mantenimento delle capacità cognitive, motorie ed emotive residuali.</p>
Strutture coinvolte	Altre Aziende/Altro
Sperimentazione	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p>Nel 2009, l'Azienda Sanitaria ULSS 3 ha realizzato il corso di formazione "L'Infermiere e la relazione di aiuto con le persone affette da demenza in strutture residenziali", formando sul tema 30 Infermieri che prestano servizio presso strutture residenziali locali.</p> <p>Nel 2010 è stata proposta a 7 Direttori di realtà residenziali territoriali (con</p>

	<p>presenza di ospiti affetti da demenza) una collaborazione per l'applicazione, per un periodo sperimentale di un anno, di un piano assistenziale infermieristico (PAI) teso a migliorare la relazione di aiuto con questo tipo di utenti. Trattasi di strutture in cui sono attualmente in servizio alcuni degli Infermieri che hanno frequentato nel 2009 il percorso formativo e che quindi sono già preparati rispetto alla nuova metodologia e al modello assistenziale applicato.</p> <p>Si è scelto di attuare l'intero processo di assistenza infermieristica con l'implementazione di una documentazione sanitaria congruente agli aspetti teorici e metodologici.</p> <p>In particolare si è adottato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - processo assistenziale infermieristico a 6 fasi della Wilkinson; - modello teorico infermieristico di riferimento Gordon lungo tutte le 6 fasi; - accertamento infermieristico sia con modello narrativo che con accertamento Gordon; - diagnosi infermieristiche Nanda-I 2009-2011; - pianificazione risultati infermieristici - tassonomia NOC; - pianificazione interventi infermieristici - tassonomia NIC; - gestione/ erogazione prestazioni assistenziali - tassonomia NIC e attività; - verifica e valutazione dei risultati assistenziali - tassonomia indicatori NOC. <p>Al termine del 2011, vengono elaborati e discussi e presentati i dati emersi nelle 7 realtà pilota prima a livello di struttura e poi in plenaria, al fine di estendere, con l'apporto di altre professionalità, l'applicazione del PAI anche alle altre realtà territoriali.</p>
<p>Percorso sperimentale</p>	<p>Previa formazione in aula e interventi formativi <i>in itinere</i> per correggere le criticità che si presentavano lungo il percorso di sperimentazione, la sperimentazione del piano si è sviluppata nel 2011 in tre fasi temporali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dal 14.03. al 15.06; - dal 18.07 al 18.09; - dal 19.09 al 12.11. <p>L'organizzazione della sperimentazione ha definito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gruppo di direzione; - gruppo di supporto organizzativo (7 coordinatori Inf./log.); - gruppo di supporto clinico (4 Infermieri esperti); - gruppo partecipanti alla sperimentazione (18 Infermieri e Infermieri coordinatori); - gruppo degli uditori (7 Infermieri e Infermieri coordinatori). <p><i>Logistica:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - criteri di inclusione ed esclusione delle persone con demenza inserite nella sperimentazione; - N. di persone con demenza da attribuire ad ogni sperimentatore; - N. mesi di presa in cura delle persone dementi; - modalità di integrazione tra il personale che segue la sperimentazione e personale che assiste le persone nei Centri Servizi; - modalità organizzative minime per garantire la presa in cura delle persone con demenza inserite nella sperimentazione. <p><i>Ruoli:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - referente per la sperimentazione (funzione HUB) reperibile dal lunedì al venerdì; - consulente metodologico per la sperimentazione (funzione HUB satellite) attivato dal referente in casi di problemi specifici di sperimentazione; - referenti del Centro Unico di Sperimentazione, contattati dagli Infermieri coordinatori per problemi organizzativi e/o clinici di sperimentazione;

	<ul style="list-style-type: none"> - infermieri coordinatori dei Centri servizi: (funzione SPOKE) riferimento per richieste clinico-organizzative. <p><i>Strumenti per la sperimentazione presenti al Centro Unico di Sperimentazione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Registro dei casi in sperimentazione. - Registro con riportati i problemi avanzati dai coordinatori, la soluzione e chi l'ha fornita. - Registro numerazione delle cartelle con rispettivo nominativo della persona in sperimentazione. - Registro rientro delle cartelle completate o non completate. - Documentazione sanitaria infermieristica sperimentale con 4 edizioni successive.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Scheda di budget con riportato progetto di miglioramento. - Piano Assistenza Territoriale-Residenzialità Territoriale che prevede l'implementazione del progetto nel 2011. - Progetto di Formazione sul Campo. - Contratto di consulenza formativa esterna. - Delibera n. 985 del 10.11.2010 di approvazione progetto e stanziamento finanziario. - Accordo di partecipazione alla sperimentazione dei 7 Direttori dei Centri Servizi aderenti al progetto. - Lettere avvio sperimentazione. - Verbali degli incontri dei gruppi di: Direzione; supporto organizzativo, sperimentatori. - Diario dettagliato delle attività svolte con relativi orari, ruoli e documentazione certificativi. - Gantt. - Comunicati stampa ed articoli di giornale.
Indicatori di risultato	<p><i>Risultati clinici</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - N. 50 persone con demenza in sperimentazione. <p><i>Risultati professionali</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 16 Infermieri e 1 Logopedista formati per la formulazione del piano assistenziale alla persona con demenza. - Chiarezza e consapevolezza del ruolo professionale degli Infermieri inseriti nei 7 Centri Servizi coinvolti. <p><i>Risultati organizzativi</i></p> <p>Sviluppate competenze per la stesura del Piano Assistenziale Individuale richiesto dalla Regione Veneto a tutto il personale dei Centri Servizi.</p>
Esiti/Outcome	<p>I risultati emersi nel periodo di sperimentazione riguardano:</p> <p><i>Struttura iniziale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Modifica organizzativa da un'assistenza infermieristica per compiti a un'assistenza personalizzata, con utilizzo da parte dei 7 centri. - Servizi di documentazione sanitaria infermieristica completa con processo assistenziale e tassonomie internazionali. <p><i>Processo</i></p> <p>Cambiamento di prospettiva concettuale e operativa degli Infermieri. Progressivo uso delle tassonomie infermieristiche</p> <p><i>Risultati</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistenza personalizzata agli utenti. - Utilizzo operativo da parte degli Infermieri sperimentatori di oltre 40 diagnosi NANDA-I, 40 NOC e 50 NIC e di una documentazione cartacea di 52 pagine predisposta al passaggio informatico.

Titolo	Ridefinizione della continuità assistenziale nel contesto milanese: il contributo strategico dell'Infermiere Dirigente
Azienda	IRCCS San Raffaele
Dipartimento/Distretto	Area Trasversale Solventi
Unità operativa	Area Trasversale Solventi
Città	Milano
Indirizzo (della struttura)	Via Olgettina, 60
Email	zanella.eleonora@hsr.it
Referente (unico) per contatti	Zanella Eleonora
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Zanella Eleonora , Infermiera, in possesso di laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Master di primo livello. Docente a incarico per enti accreditati, Provider Ecm per formazione continua, Docente a incarico in formazione universitaria in un Master infermieristico per conto dell'Università degli studi di Milano.
	PROGETTO
Progetto iniziato il	Febbraio 2009
Progetto terminato il	Luglio 2009
Obiettivo del Progetto	<p><i>Obiettivo generale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Migliorare la realizzazione della presa in carico in un'ottica di continuità assistenziale. <p><i>Obiettivi specifici</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificare e ridurre le criticità percepite dall'utenza; - individuare professionisti preposti all'identificazione dei soggetti fragili; - individuare i problemi prioritari di salute per cui si rende indispensabile la costruzione di percorsi di continuità nella presa in carico; - riorganizzare i servizi, ad esempio il SITRA, mediante l'introduzione di un Infermiere Dirigente competente in ambito di continuità che, avvalendosi di altri colleghi esperti, porti avanti il progetto di continuità. <p><i>Obiettivi intermedi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Informare e coinvolgere i professionisti operanti nell'Azienda; - informare gli utenti del progetto in atto; - creare contatti con i servizi della rete (MMG, ASL, etc.).
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto Azienda Altre Aziende/Altro
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>Nella prima fase del progetto si è proceduto identificando, secondo le direttive del Ministero, la letteratura e l'esperienza, le realtà in cui si rende utile e necessario implementare percorsi di continuità e di dimissioni protette e pianificate.</p> <p>Al fine di rilevare le criticità percepite, si è provveduto a realizzare uno studio qualitativo fenomenologico mediante interviste semistrutturate, rivolte alle persone assistite in fase di dimissione da servizi ospedalieri e nella fase di attivazione dell'ADI.</p> <p>Questo studio è stato realizzato nel territorio milanese coinvolgendo tre strutture ospedaliere e tre ASL su aree concomitanti. È seguita l'individuazione della causa presunta (mediante diagramma di Ishikawa), che è stata identificata nella "sovrapposizione" di ruoli e funzioni delle istituzioni coinvolte.</p> <p>Le criticità invece identificate sono di due aspetti: quello organizzativo, in cui viene sottolineata la brevità di tempo che intercorre tra la comunicazione della dimissione e la sua esecuzione.</p> <p>L'altro è l'aspetto comunicativo: in tutte le interviste compare la parola "dignità", ad indicare la percezione che tale valore non sia rispettato completamente, insieme al principio di autodeterminazione. Si è quindi</p>

	<p>provveduto alla stesura grafica del progetto, modificando gli anelli deboli dell'attuale percorso.</p> <p>Considerando gli aspetti che riguardano le strutture ospedaliere, si è ipotizzato l'inserimento di un Infermiere Dirigente con competenze di esperto dei processi di continuità e <i>case management</i>, il quale, avvalendosi di altri colleghi esperti nei Dipartimenti, identifichi, coordini e verifichi la realizzazione di tali percorsi per le persone che ne presentano l'esigenza.</p>
Percorso sperimentale	<p>Si rende necessario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mappare le competenze dei professionisti; - identificare esperti o professionisti sensibili alla partecipazione al progetto; - costruire gruppi di lavoro per portare a compimento lavori di gruppo e strumenti utili ai progetti; - determinare incontri per la gestione dei casi per i quali è necessaria la continuità nelle UO preposte; - mappare il territorio extraospedaliero per identificare servizi e risorse disponibili; - prendere contatti con MMG e ASL, costruendo punti di contatto; - verificare le ricadute tramite l'implementazione di un sistema informativo adeguato.
Indicatori di processo	<p><i>Razionale:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - realizzazione di continuità assistenziale nei percorsi clinico-assistenziali. <p><i>Indicatore 1):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - N. persone che necessitano di prosecuzione extraospedaliera di piano assistenziale, per cui viene pianificata la dimissione correttamente entro 72 h dal suo intervenire; - N. totale delle persone dimesse dall'UO che necessitano di prosecuzione di intervento assistenziale extraospedaliero. <p><i>Indicatore 2):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - N. di soggetti fragili per cui venga realizzata una presa in carico multidisciplinare, pianificando un percorso di continuità <i>ad hoc</i>; - N. soggetti fragili identificati.
Indicatori di risultato	<p><i>Razionale:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - realizzazione di continuità assistenziale nei percorsi clinico-assistenziali. <p><i>Indicatore 1):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - N. di persone che necessitano di piano assistenziale per cui è stato attivato un percorso extraospedaliero; - N. totale delle persone dimesse dall'UO che necessitano di prosecuzione di intervento assistenziale extraospedaliero. <p><i>Razionale:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - coinvolgimento dell'utenza nel proprio PAI. <p><i>Indicatore 2):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - N. di persone soddisfatte dal proprio percorso <i>assist</i>: dal momento della dimissione all'attivazione alla realizzazione del percorso stesso; - N. persone per cui è stato attivato un percorso extraospedaliero.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione della durata dell'ospedalizzazione. - Riduzione delle complicanze da ospedalizzazione. - Riduzione del tasso di re-ricovero per complicanze intervenute post Dimissione. - Riduzione della disabilità post ricovero.

Titolo	L'implementazione del <i>Primary Nursing</i> nell'Istituto Europeo di Oncologia (IEO)
Azienda	Istituto Europeo di Oncologia (IEO)
Dipartimento/Distretto	Oncologia
Unità operativa	Servizi Assistenziali
Città	Milano
Indirizzo (della struttura)	Via Ripamonti, 435
Email	tiziana.suardi@ieo.it
Referente (unico) per contatti	Tiziana Suardi
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Suardi Tiziana , Assistente di Direzione presso i Servizi Assistenziali Magon Giorgio , Direttore dei Servizi Assistenziali Bertelli Sara , Infermiera presso i Servizi Assistenziali Dossena Enza , Coordinatrice Infermieristica Oncologia Medica Orlando Laura , Coordinatrice Infermieristica Emat oncologia Milani Alessandra , Assistente di Direzione presso i Servizi Assistenziali
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	4 ottobre 2010
Progettazione terminata il	In corso
Obiettivo del Progetto	Implementare un modello organizzativo per l'erogazione di assistenza infermieristica che preveda il riconoscimento e conferimento di maggior autonomia e responsabilità decisionale all'Infermiere, attraverso la presa in carico totale del paziente dall'ammissione alla dimissione. Garantire la 'Continuità Assistenziale' andando ad incidere: <ul style="list-style-type: none"> - sulle modalità di comunicazione (abbattimento dei filtri nella comunicazione, passaggio delle informazioni, giri visite ecc.); - sulla presa di decisioni e sulla condivisione degli obiettivi terapeutici (visita medica e riunioni interdisciplinari, <i>briefing</i> pomeridiano di tutto il <i>team</i>), colloqui con pazienti e parenti; - sulla chiara attribuzione delle responsabilità (Infermiere di riferimento); - sulla visibilità del ruolo.
Strutture coinvolte	Azienda
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Il progetto si è articolato in sei fasi: Dichiarazione, Analisi, Condivisione, Sperimentazione, Verifica, Implementazione. <p><i>Fase 1: Dichiarazione</i> (dicembre 2009 - agosto 2010)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuazione del Capo progetto. - Individuazione del Gruppo progetto. - Presentazione del progetto ai Direttori Clinici, ai Coordinatori Infermieristici. - Riunione con i coordinatori (gennaio 2010 - marzo 2010). - Riunioni singole con i Direttori (marzo 2010 - agosto 2010). <p><i>Fase 2: Analisi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Benchmarking</i> nella realtà svizzera dell'Ente ospedaliero cantonale (Canton Ticino) (febbraio 2010). - Questionario di indagine "La mia professione" somministrato agli Infermieri IEO (gennaio 2010). <p><i>Fase 3: Condivisione</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuazione del gruppo operativo (marzo 2010). - Adesioni volontarie di Infermieri e Coordinatori. - Scelta divisioni pilota - Area medica (aprile 2010). - Diffusione del progetto in Area medica. - Formazione del personale assistenziale (maggio - settembre 2010). <p><i>Fase 4: Sperimentazione</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementazione nelle divisioni Pilota (da ottobre 2010). - Supporto alla fase di implementazione con formazione sul campo. - Formazione del personale delle altre aree assistenziali (gennaio - febbraio 2011). <p><i>Fase 5: Verifica nell'area pilota</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Audit</i> clinici T6 (a 6 mesi dalla fase 4) (aprile 2011).

	<ul style="list-style-type: none"> - T12 (ottobre 2011) . - T18 (aprile 2012). - Somministrazione di questionari sulla percezione del nuovo modello T6 (a 6 mesi dalla fase 4) (aprile 2011) - T12 (ottobre 2011). - T18 (aprile 2012). <p><i>Fase 6: Implementazione</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Primary Nursing</i> in tutte le restanti Aree Assistenziali (Chirurgica I e II) (da aprile 2011). <p>Servizi (gennaio 2012).</p> <p><i>Progetti paralleli a supporto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione di una nuova documentazione assistenziale e implementazione in Area medica. - Elaborazione di tabelle di abilitazioni a supporto dell'oggettività del <i>Case Method</i>.
Percorso sperimentale	<p>Dal 4 ottobre 2010 è iniziata la sperimentazione nei reparti pilota dell'Area medica, comprendente l'Oncologia medica e l'Ematologia, con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sostituzione del modello per piccole <i>équipe</i> a quello della presa in carico totale. - Variazione della turnistica. - Attribuzioni paziente-Infermiere con <i>case method</i>, visibile sul Tabellone. Il <i>Case Method</i> è il metodo dei casi per l'assegnazione dei pazienti che determina quale Infermiera/e si debba occupare di quale paziente. Ciò significa che ad ogni IR sarà assegnato un paziente, ma anche che ogni paziente avrà un'IR per tutta la degenza. I due criteri per assegnare i pazienti all'IR sono: <ul style="list-style-type: none"> - i bisogni specifici del singolo paziente (rilevabili all'ingresso attraverso l'<i>assessment</i> infermieristico condotto dal <i>case manager</i>); - le abilità/competenze e i punti di forza dei professionisti. - Elaborazione della brochure per il paziente. - Consegne infermieristiche <i>face to face</i>. - Colloqui: alla base del modello del PN vi è un rapporto di fiducia che s'istaura, che deve accrescere la comunicazione tra paziente, familiari e IR, nell'ottica di un'assistenza centrata sul paziente. I colloqui sono fondamentali per la raccolta e l'elaborazione delle informazioni, base per la pianificazione condivisa delle cure. All'interno del modello del PN vi è un abbattimento della piramide comunicativa e le informazioni cliniche importanti non vengono più filtrate da intermediari: un operatore comunica direttamente con un altro operatore. <p>Dal 18 aprile 2011 è iniziata anche l'implementazione della nuova documentazione e l'elaborazione della pianificazione infermieristica. È stato inoltre effettuato un <i>Audit</i> in aprile, a 6 mesi dall'introduzione del <i>Primary Nursing</i>, con la somministrazione di questionari di valutazione rivolti al personale coinvolto nell'implementazione del modello (Medici, Infermieri e pazienti), con l'obiettivo di verificare l'aderenza ai cambiamenti e agli strumenti proposti.</p>
Esiti/Outcome	<p>Il questionario è stato somministrato a 53 pazienti, 21 Infermieri, 14 Medici all'interno dell'Area medica.</p> <p>I questionari analizzati sono stati somministrati precedentemente all'introduzione della documentazione assistenziale che prevede la pianificazione delle cure; pertanto, solo a T 12 (ottobre 2011) potremmo valutare il trend delle percentuali negative.</p> <p>Alla luce dei risultati osservati il modello del <i>Primary Nursing</i> sembra facilitare il raggiungimento di un livello di qualità assistenziale molto elevato, determinando, per ogni singolo professionista, le condizioni e l'autonomia per lavorare al massimo della loro capacità.</p> <p>I pazienti si sentono 'più sicuri' e sanno a chi riferirsi in caso di necessità: si sentono 'ascoltati' e percepiscono la continuità delle cure come un valore aggiunto.</p>

TITOLO	<i>Enhanced Recovery After Surgery: dalle evidenze scientifiche alla pratica</i>
Azienda	Ospedale San Raffaele di Milano
Dipartimento/Distretto	Dipartimenti: cardio-toraco-vascolare, urologico, chirurgia generale e specialistica, materno-infantile, testa-collo.
Unità operativa	Emodinamica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Cardiochirurgia, Elettrofisiologia, Urologia, Chirurgia Generale e Specialistica, Ortopedia, Ginecologia, Otorinolaringoiatria
Città	Milano
Indirizzo (della struttura)	Via Olgettina, 60, 20132 Milano
Email	carlo.orlandi@hsr.it
Referente (unico) per contatti	Bissaro Debora
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Bissaro Debora , Infermiera Servizio Inf.co, Referente del Progetto Casiraghi Umberto , Infermiere Chirurgia Generale, Referente del Progetto Rossetti Anna Maria , Infermiera Dirigente del Servizio Inf.co Bassani Elisabetta , Infermiera Coordinatrice dei Blocchi Operatori Beretta Luigi , Medico Servizio di Anestesia, Università Vita-Salute, Responsabile del Progetto Braga Marco , Medico, Chirurgia Generale, Università Vita-Salute, Responsabile del Progetto Ambrosio Alberto , Medico, Direzione Sanitaria Capretti Giovanni , Medico, Chirurgia Generale Deni Francesco , Anestesista, Servizio di Anestesia, Greco Massimiliano , Medico, Chirurgia Generale Iemi Karin , Anestesista, Servizio di Anestesia, Martani Carla , Anestesista, Servizio di Anestesia, Pecorelli Nicolò , Medico, Chirurgia Generale
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	1° luglio 2011
Progettazione terminata il	In corso
Obiettivo del Progetto	Basandosi sulle più recenti evidenze scientifiche, modificare la pratica assistenziale del paziente chirurgico attraverso un approccio multimodale e multidisciplinare, denominato <i>ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)</i> , che comprende tutte le figure professionali che gravitano attorno al paziente. Il protocollo <i>ERAS</i> è un programma multidisciplinare e integrato di interventi che ha l'obiettivo di minimizzare lo stress metabolico e le disfunzioni d'organo conseguenti a un intervento chirurgico e riportare il paziente il più presto possibile al massimo livello di autonomia raggiungibile; il protocollo riguarda la preparazione e l'immediato postoperatorio di tutte le procedure chirurgiche e propone delle procedure basate su prove di efficacia. Il nostro Istituto è stato identificato come <i>ERAS Hospital</i> per l'Italia.
Strutture coinvolte	Azienda
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Un'assistenza perioperatoria che consenta una ripresa precoce, una riduzione dei tempi di ospedalizzazione e una riduzione delle complicanze postoperatorie è fondamentale non solo per il paziente ma anche per tutto il sistema economico e sanitario. <i>ERAS</i> è un programma multimodale, multidisciplinare e integrato di interventi che ha l'obiettivo di minimizzare lo stress metabolico e le disfunzioni d'organo conseguenti a un intervento chirurgico e riportare il paziente il più presto possibile al massimo livello di autonomia raggiungibile. Dopo aver costituito un <i>team</i> multidisciplinare (Infermiere, Chirurgo, Anestesista, Fisioterapista, Nutrizionista) a livello aziendale, è stata analizzata la letteratura relativa all'argomento. Successivamente sono stati formati singoli <i>team</i> all'interno delle diverse unità operative chirurgiche che, dopo essere stati formati sul progetto e sulla letteratura relativa e supportati dal team aziendale, stanno stilando

	<p>dei protocolli di preparazione all'intervento e di assistenza postoperatoria specifici per le procedure chirurgiche più comuni. Questi protocolli rispettano i <i>15 key points</i> di <i>ERAS</i>.</p> <p>Contemporaneamente, le unità operative hanno preparato un data base relativo agli aspetti dell'assistenza erogata in modo tradizionale. A questo punto è stato valutato il rischio clinico derivato dalla modifica della pratica clinica attraverso l'applicazione del metodo <i>FMEA (Failure Mode and Effect Analysis)</i>. Alla fine di questo processo saranno introdotti, dopo aver considerato l'impatto organizzativo, i nuovi protocolli <i>evidence-based</i>.</p>
Percorso sperimentale	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione preventiva del rischio clinico correlato all'applicazione del nuovo protocollo attraverso l'applicazione del metodo <i>FMEA</i>. - Comparazione dei dati relativi alle procedure assistenziali e agli esiti dei due protocolli: quello tradizionale e quello <i>ERAS</i> per alcune procedure chirurgiche scelte fra quelle più critiche (per numerosità di casi, per lunghezza della degenza). - Individuazione di almeno due percorsi clinici chirurgici ai quali applicare il protocollo <i>ERAS</i> e raccolta dei dati osservazionali.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - È stato costituito il team aziendale denominato "progetto <i>ERAS</i>". - È stata preparata una revisione della letteratura sull'argomento. - È stato realizzato un progetto formativo sull'argomento. - Sono stati costituiti i <i>team ERAS</i> di reparto. - Sono stati preparati i nuovi protocolli di preparazione e di assistenza postoperatoria. - È stato preparato il data base relativo ai dati assistenziali della preparazione tradizionale all'intervento chirurgico. - È stato preparato il data base relativo ai dati assistenziali della nuova preparazione all'intervento chirurgico.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - È stato elaborato almeno un protocollo <i>ERAS</i> per ogni unità operativa chirurgica. - È implementato il <i>counselling</i> preoperatorio, almeno in fase sperimentale, in due unità operative chirurgiche.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione di almeno 2 percorsi clinici perioperatori basati sul protocollo <i>ERAS</i>. - Applicazione del protocollo <i>ERAS</i> in tutte le unità operative chirurgiche entro la fine del 2012.

TITOLO	Audit retrospettivo della documentazione infermieristica
Azienda	Ospedale San Raffaele
Dipartimento/Distretto	Servizio Infermieristico
Unità operativa	Aritmologia, Rianimazione Generale, Ortopedia, Oncologia Medica, Neuroranimazione, Neurochirurgia, Patologia Neonatale, Ostetricia, Riabilitazione Psichiatrica, Urologia, Chirurgia Generale
Città	Milano
Indirizzo (della struttura)	Via Olgettina 60, 20132 Milano
Email	carlo.orlandi@hsr.it
Referente (unico) per contatti	Orlandi Carlo
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	<p>Rossetti Anna, Dirigente del Servizio Infermieristico (SINF) Bissaro Debora, Responsabile del Progetto, Area Qualità SINF Orlandi Carlo, Area Ricerca SINF Ambrosio Alberto, Direzione Sanitaria Di Napoli Davide, Direzione Sanitaria Berzaghini Susanna, Unità Valutazione e Appropriatelyzza (UVA) Donelli Laura, UVA Sanzogni Giuseppina, UVA Congiu Paola, UVA Baratta Antonietta, Coordinatrice Infermieristica di Dipartimento Mele Antonietta, Coordinatrice Infermieristica Aritmologia Marazzi Monica, Coordinatrice Infermieristica Rianimazione Generale Vasaturo Amalia, Coordinatrice Infermieristica Ortopedia Molteni Carla, Coordinatrice Infermieristica Oncologia Pennacchio Nadia, Coordinatrice Infermieristica Neuroranimazione Ferraro Filomena, Coordinatrice Infermieristica Neurochirurgia Grilli Barbara, Coordinatrice Infermieristica Patologia neonatale Bombardieri Paola, Coordinatrice Infermieristica Ostetricia D'Ovidio Claudio, Coordinatore Infermieristico Riabilitazione Psichiatrica Schirò Vito, Coordinatore Infermieristico Urologia Serrano Neus, Infermiera, Chirurgia Generale</p>
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	1° marzo 2010
Sperimentazione terminata il	31 dicembre 2011
Obiettivo della Sperimentazione	Implementare un progetto di <i>audit</i> interno per la verifica della corretta compilazione della documentazione infermieristica secondo gli standard di riferimento della <i>Joint Commission International</i> (2008) e quelli contenuti nel Manuale della Cartella Clinica della Regione Lombardia (2 ^a edizione, 2007).
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Sperimentazione	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p>La cartella clinica è una fonte primaria di informazioni sul processo di cura e sul decorso clinico del paziente e quindi rappresenta uno strumento importantissimo di comunicazione per le organizzazioni sanitarie. Le schede, i diari medici, infermieristici e di altre discipline e i referti degli esami diagnostici devono essere utilizzati dagli operatori che hanno in carico il paziente in modo accurato, tempestivo e completo. Questo è un dettato professionale che risponde anche a delle precise indicazioni della normativa vigente.</p> <p>Proprio per tutte queste sue caratteristiche, la documentazione clinica è un testimone fedele della qualità del servizio erogato. Verificarne le modalità di compilazione costituisce quindi una modalità indiretta e consolidata di verifica della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza delle cure prestate ai pazienti.</p>
Percorso sperimentale	<p><i>Fase 1</i> Individuazione, a cura del Servizio Infermieristico (SINF), di 18 Infermieri, di seguito indicati come <i>Auditor</i>, ai quali assegnare il compito di esaminare le cartelle. Il gruppo è composto da Coordinatori, componenti del SINF e dell'Ufficio di Valutazione e Appropriatelyzza della Direzione Sanitaria (di</p>

	<p>seguito UVA).</p> <p>A ogni <i>Auditor</i> sono state consegnate cartelle diverse da quelle della propria Unità Operativa, in modo da eliminare il <i>bias</i> legato alla soggettività di giudizio.</p> <p>Fase 2 Individuazione delle cartelle da esaminare. A cura di UVA sono state individuate circa 600 cartelle cliniche di pazienti ricoverati e dimessi nei mesi di gennaio e febbraio 2010 e di aprile 2011, in tutte le UU.OO. dell'Ospedale, scelte con modalità casuale, con la sola esclusione delle cartelle di <i>Day Hospital-Day Surgery</i>. Il numero di cartelle esaminate per unità operativa è molto variabile (media 12, DS 8, <i>range</i> 1-24). A ogni <i>Auditor</i> sono state consegnate in modo casuale circa 30 cartelle. Il numero finale di cartelle esaminate è previsto di circa 600.</p> <p>Fase 3 Elaborazione della griglia di valutazione, contenente 29 <i>item</i>.</p> <p>Fase 4 Formazione degli <i>Auditor</i>, avvenuta con due modalità: <ul style="list-style-type: none"> - con una giornata di formazione d'aula, tenutasi il 23 marzo 2010; - con una formazione sul campo, a cura di SINF e di UVA, che si è realizzata, in concomitanza con l'attività di <i>Audit</i>, nei mesi di giugno e luglio 2010. Entrambi questi momenti formativi sono stati accreditati con il sistema ECM Lombardia.</p> <p>Fase 5 Realizzazione dell'<i>Audit</i> che si è tenuto nei mesi di giugno e luglio 2010 e nei mesi di settembre e ottobre 2011. Le cartelle cliniche sono state visionate in modalità informatizzata e per ognuna è stata compilata la relativa <i>check-list</i>.</p> <p>Fase 6 Confronto fra i dati provenienti dalle cartelle dell'anno 2010 con quelli delle cartelle del 2011.</p> <p>Fase 7 Elaborazione dei dati e sintesi finale.</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Sono stati individuati gli <i>Auditor</i>. - Sono state individuate le cartelle da esaminare. - È stata elaborata la <i>check list</i> di valutazione. - Tutti gli <i>Auditor</i> hanno completato il percorso di formazione.
Indicatori di risultato	Tutti gli <i>Auditor</i> hanno compilato il 100% delle proprie <i>check list</i> .
Esiti/Outcome	<p>I 29 <i>item</i> della scheda danno un punteggio medio finale di compilazione dell'80%.</p> <p>La documentazione del dolore è compilata almeno nell'80% dei casi.</p> <p>La valutazione del rischio di cadute e di lesioni da decubito è presente nell'80% dei casi.</p> <p>Le rivalutazioni di questi rischi sono presenti nel 50% delle cartelle.</p>

TITOLO	Progettare l'insegnamento delle docenze di infermieristica clinica a partire dalle competenze attese
Azienda	Università Vita-Salute San Raffaele - IRCCS Ospedale San Raffaele del Monte Tabor
Dipartimento/Distretto	Università Vita-Salute San Raffaele, Milano
Unità operativa	Corso di laurea in Infermieristica
Città	Milano
Indirizzo (della struttura)	Via Olgettina, 58/60, 20132 Milano
Email	manara.duilio@hsr.it
Referente (unico) per contatti	Manara Duilio
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Manara Duilio , Direttore didattica professionale CLI-Università Vita-Salute San Raffaele Moranda Dina , Tutor CLI Villa Giulia , Tutor CLI Marzo Elisabetta , Tutor CLI Secchi Marco , Tutor CLI Galli Emanuele , Tutor CLI
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Gennaio 2011
Progettazione terminata il	In corso
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p>Nel nuovo piano di studi dei Corsi di laurea in Infermieristica si evidenzia una preponderanza degli insegnamenti di Infermieristica rispetto al passato, ma l'obiettivo della progettazione non è, come un tempo, di portare la teoria in corsia, ma di portare la clinica in aula.</p> <p>Il <i>learning outcome</i> implica un ripensamento dell'intera progettazione, soprattutto delle materie cliniche: prima infatti si progettava per obiettivi di contenuto, con una valutazione quantitativa sui contenuti appresi, di cui il tirocinio era l'applicazione. Con questa nuova impostazione (DM 19-02-2009) la progettazione basata sulle competenze attese implica un <i>focus</i> sulle "azioni in situazione" del discente e una valutazione delle potenzialità d'impiego integrato e autonomo degli apprendimenti (Maccario, 2006). È necessario quindi che ogni lezione sia idealmente collegata alle situazioni pratiche nelle quali lo studente dovrà applicare quelle conoscenze o abilità che costituiscono quella specifica competenza attesa, per poi identificare quali apprendimenti (di base o integrativi) siano necessari come premesse o agganci teorico-pratici.</p> <p>Di volta in volta sarà poi necessario scegliere la metodologia didattica più efficace e costruire materiali e situazioni di apprendimento adeguati alle competenze che si vogliono acquisire.</p> <p>Dal mese di gennaio 2011, il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Vita-Salute San Raffaele ha progettato un percorso di incontro e confronto tra i docenti MED/45 sulle tematiche del <i>learning outcome</i>, a partire dalla messa in comune delle migliori esperienze di ciascuno e di ascolto delle indicazioni della letteratura di settore (Benner <i>et al.</i> 2010) allo scopo di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dare enfasi, partendo da una selezione oculata dei contenuti, all'applicazione delle conoscenze nelle differenti situazioni cliniche; 2. rafforzare il pensiero decisionale nella clinica infermieristica, per contrastare l'omologazione dei comportamenti e l'appiattimento del pensiero clinico.
Percorso sperimentale	<p>La riprogettazione degli insegnamenti avverrà all'interno di un <i>framework</i> condiviso da tutto il Collegio dei Docenti MED/45, al fine di monitorare la progressione e la completezza nell'acquisizione dell'intero <i>panel</i> di competenze attese previste dal piano di studi.</p> <p>Il progetto segue le fasi descritte di seguito.</p> <p><i>Fase 1, a cura della Direzione del CLI</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Progettazione del percorso e definizione per ciascun modulo di infermieristica delle competenze <i>core</i> all'interno di una tabella analitica di strutturazione dei programmi a due entrate (per unità didattica e per dettaglio degli indicatori di competenza). <p><i>Fase 2, a cura dei singoli Docenti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Compilazione della tabella di progettazione relativa ad ogni modulo, con la specifica per ogni competenza attesa e per ogni unità didattica dei contenuti indispensabili, delle abilità e delle metodologie didattiche previste. <p><i>Fase 3, a cura del gruppo dei Docenti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisi delle tabelle prodotte, confronto, integrazione e verifica della sequenzialità, della completezza e dell'integrazione orizzontale e verticale dell'apprendimento in funzione delle competenze attese. <p><i>Fase 4, a cura dei singoli Docenti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Produzione delle singole lezioni con esplicito riferimento alle competenze attese, utilizzo di metodologie integrate e formulazione della prova d'esame (non solo legata alla verifica dei contenuti, ma anche di ragionamento o di risoluzione di problemi). <p><i>Fase 5, a cura del gruppo dei Docenti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Confronto continuo sulle esperienze svolte, sviluppo di sinergie e valutazione degli esiti del progetto.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Costituzione del gruppo di progetto: tutti i Docenti Infermieristica. - Partecipazione ad ogni incontro della sperimentazione: >70% del gruppo docente. - Accordo Docenti MED/45 (<i>target</i> 100%) nella definizione, per ciascun modulo, delle competenze esito a cui concorre. - <i>Benchmarking</i> con Docenti esperti per la conferma delle competenze esito definite per ciascun modulo. - Compilazione, da parte di ciascun Docente, della tabella di progettazione secondo le competenze esito definite. - <i>Benchmarking</i> con Docenti esperti su una lezione progettata. - Appropriately delle metodologie formative selezionate con centratura sulle "azioni in situazioni" che il discente deve metter in atto per la presa di decisioni. - Gradimento degli studenti a fine modulo.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Progettazione delle lezioni/unità didattiche con <i>focus</i> sulle "azioni in situazioni" che il discente deve metter in atto per la presa di decisioni: 100% dei Docenti. - Definizione di prove di valutazione dei moduli infermieristica con <i>focus</i> sulle "azioni in situazioni" che il discente deve metter in atto per la presa di decisioni: <i>target</i> 100%. - Aumento, a partire dal 2013, dei risultati positivi (<i>target</i> 80% voto maggiore a 25/30) nelle prove di valutazione. - Aumento, a partire dal 2013, dei risultati positivi (rispetto ai dati attuali) in altri metodi di valutazione (<i>Progress Test</i>, Esami tirocinio multi metodo). - Gradimento degli studenti a fine triennio.
Esiti/Outcome	In fase di sperimentazione. Primi risultati disponibili dal 2013.

TITOLO	Implementazione di percorsi educativi per pazienti prostatectomizzati e isterectomizzati
Azienda	IRCCS Ospedale San Raffaele del Monte Tabor
Dipartimento/Distretto	Urologico, Materno-infantile, Corso di Laurea in Infermieristica Università Vita-Salute San Raffaele, Milano
Unità operativa	Urologia (3 Unità Operative) e Ginecologia
Città	Milano
Indirizzo (della struttura)	Via Olgettina, 58/60
Email	manara.duilio@hsr.it
Referente (unico) per contatti	Manara Duilio
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	<p>Manara Duilio, Direttore Didattica Professionale CLI-Università Vita-Salute San Raffaele</p> <p>Rosetti Anna M.L., Direttore Servizio Infermieristico IRCCS San Raffaele</p> <p>Cavalleri Lorena, Coordinatore Inf.co-ostetrico Dipartimento Materno-infantile</p> <p>Mantecca Mazzocchi Rosanna, Coordinatrice Infermieristica Dipartimento Urologico</p> <p>Galli Emanuele, Tutor CLI</p> <p>Moranda Dina, Tutor CLI</p> <p>Villa Giulia, Tutor CLI</p> <p>Conti Enrico, Medico <i>senior</i> Ginecologia</p> <p>Scapaticci Emanuele, Medico Urologia</p> <p>Ritella Chiara, Coordinatrice Infermieristica Ginecologia</p> <p>Bordonaro Nicoletta, Coordinatrice Infermieristica Urologia</p> <p>Schirò Vito, Coordinatore Infermieristico Urologia</p> <p>Boarin Mattia, Infermiere Urologia</p> <p>Scampini Gloria, Infermiera Urologia</p> <p>Risolo Marianna, Infermiera Urologia</p> <p>Sandu Diana, Infermiera Urologia</p> <p>Magni Beatrice, Infermiera Ginecologia</p>
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Febbraio 2009
Progettazione terminata il	In corso
Strutture coinvolte	Dipartimento/Distretto Altre Aziende/Altro
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p>L'Educazione Terapeutica ha la finalità di aiutare la persona e la sua famiglia nella gestione della malattia, delle cure, nell'organizzazione delle proprie attività di vita in rapporto alla sua salute e agli stili di vita da adottare (D'Ivernois e Gagnayre 2006).</p> <p>Il progetto intende descrivere i bisogni educativi dei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale e isterectomia e individuare metodologie, contenuti e strumenti al fine di definire percorsi educativi <i>standard</i> per garantire gli obiettivi di sicurezza prima della dimissione. I destinatari del progetto sono tutti i pazienti sottoposti a prostatectomia e isterectomia ricoverati presso l'IRCCS San Raffaele.</p> <p><i>Fasi del progetto</i></p> <p>1. <i>Costituzione gruppo di lavoro interprofessionale e individuazione bisogni educativi (febbraio 2009-novembre 2010):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - revisione della letteratura (a cura di studenti CLI) sui pazienti sottoposti a prostatectomia/isterectomia con la finalità di indagare i bisogni educativi e metodologie, contenuti e strumenti per l'Educazione Terapeutica; - costruzione degli strumenti per la rilevazione dei bisogni educativi dei pazienti (questionario strutturato e diario), sulla base della revisione della letteratura e la supervisione degli esperti. <p>Sono stati coinvolti nell'indagine 53 pazienti sottoposti a prostatectomia e 88 pazienti sottoposte a isterectomia.</p>

	<p>2. <i>Costruzione dei percorsi di educazione ai pazienti (novembre 2010 - novembre 2011):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - costruzione di percorsi di educazione ai pazienti utilizzando metodologie, strumenti e contenuti identificati dalla letteratura all'interno di percorsi operativi condivisi dall'Unità Operativa. <p>3. <i>Implementazione dei percorsi di educazione ai pazienti (novembre 2011- dicembre 2012):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - riprogettazione organizzativa delle unità operative coinvolte al fine di rendere operativi i percorsi educativi individuando risorse, tempi e strumenti necessari e pianificando il monitoraggio degli indicatori di esito.
<p>Percorso sperimentale</p>	<p>I bisogni educativi emersi dalle pazienti isterectomizzate riguardano la gestione della ferita chirurgica, dolore e mobilizzazione, perdite ematiche vaginali croniche, incontinenza urinaria e stipsi, dolore cronico, disturbi dell'umore, disturbi del sonno, funzionalità sessuale. Per questi bisogni sono stati progettati i seguenti percorsi educativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percorso di educazione per la gestione dei problemi dell'immediato postoperatorio. - Percorso di educazione per la gestione della ferita chirurgica. - Percorso di educazione per la gestione del dolore. - Percorso di educazione per la ripresa della mobilizzazione e delle attività di vita quotidiana. - Percorso di educazione per la gestione dei disturbi alla minzione e all'evacuazione. - Percorso di educazione per la gestione dei disturbi dell'umore. - Percorso di educazione per la ripresa della funzionalità sessuale. <p>I bisogni educativi emersi dai pazienti prostatectomizzati riguardano la gestione del dolore postoperatorio, ripresa della mobilizzazione, gestione della ferita chirurgica, gestione dell'incontinenza urinaria e della disfunzione erettile. Per i bisogni rilevati sono stati progettati i seguenti percorsi educativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percorso di educazione per la gestione della ferita chirurgica, del dolore e della mobilizzazione. - Percorso di educazione per il paziente con incontinenza urinaria. - Percorso di educazione per il paziente con disfunzione erettile. <p>Nell'anno 2012 è prevista la riprogettazione organizzativa delle Unità Operative coinvolte al fine di rendere operativi i percorsi educativi individuando risorse, tempi e strumenti necessari, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - piano educativo <i>standard</i>; - incontri strutturati in gruppo e individuali; - esercitazioni pratiche; - uso di audiovisivi, depliant ecc. <p>Inoltre, è prevista una fase di monitoraggio degli indicatori di esito attraverso l'uso di strumenti quali <i>audit</i>, questionari/interviste per la soddisfazione dei pazienti/operatori.</p>
<p>Indicatori di processo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Costituzione del gruppo di progetto interprofessionale e interdipartimentale: 17. - Unità Operative coinvolte: quattro (Ginecologia, 3 Urologia). - N. Infermieri esperti coinvolti nei gruppi di lavoro: 8. - N. Medici esperti coinvolti nei gruppi di lavoro: 2. - N. pazienti coinvolti nell'indagine del fabbisogno educativo: 141, di cui 53 prostatectomizzati + 88 isterectomizzate. - Esito dell'analisi dei bisogni educativi dei pazienti coinvolti: 5 per i pazienti prostatectomizzati e 11 per le pazienti isterectomizzate. - N. percorsi educativi costruiti in risposta ai bisogni manifestati dai pazienti e sottolineati dalla letteratura: 3 in risposta ai 5 bisogni per i pazienti prostatectomizzati, 7 in risposta agli 11 bisogni per le pazienti isterectomizzate.

Indicatori di risultato	Al termine della fase d'implementazione dei progetti educativi è previsto un monitoraggio periodico dei bisogni formativi espressi dai pazienti e una rilevazione continua del risultato dell'educazione sugli operatori e sui pazienti coinvolti. <ul style="list-style-type: none">- N. percorsi educativi attivati nelle Unità Operative coinvolte.- N. pazienti seguiti.- Percentuale di pazienti soddisfatti dell'Educazione Terapeutica ricevuta (>90%).- Percentuale di operatori soddisfatti dei percorsi attivati (>90%).- Percentuale di risposte corrette sui questionari/interviste per la valutazione dell'Educazione Terapeutica ricevuta (>90%).
Esiti/Outcome	Entro dicembre 2012 è prevista la misurazione degli indicatori di risultato, a seguito dell'attivazione dei percorsi educativi all'interno della riorganizzazione delle Unità Operative coinvolte.

TITOLO	La valutazione dell'Indice di Intensità Assistenziale
Azienda	Ospedale Niguarda Ca' Granda
Dipartimento/Distretto	Direzione Infermieristica
Unità operativa	Direzione Infermieristica – Dr Giovanna Bollini
Città	Milano
Indirizzo (della struttura)	Piazza Ospedale Maggiore, 3
Email	giovanna.bollini@ospedaleniguarda.it
Referente (unico) per contatti	Angela Lolli , Infermiera referente delle attività di ricerca
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	2010
Sperimentazione terminata il	2010
Obiettivo della Sperimentazione	<ul style="list-style-type: none"> - Conoscenza del livello di intensità assistenziale e del livello di complessità clinica, indagati in termini di criticità e gravità, richiesti dai pazienti ricoverati nelle Strutture di degenza di Area Medica. - Individuazione delle percentuali dei pazienti che necessitano di cure ad alta, media e bassa intensità. - Valutazione della possibile congruità tra la valutazione infermieristica dell'intensità assistenziale e la valutazione medica della complessità clinica.
Strutture coinvolte	Unità operativa
Disegno progettuale	<p>Lo studio proposto è uno studio multicentrico, osservazionale di tipo prospettico.</p> <p>Nella conduzione dello studio si prevede l'utilizzo di due griglie di valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - scheda per la valutazione dell'indice dell'intensità assistenziale (IIA); - scheda per la criticità e gravità del quadro clinico (<i>Modified Early Warning Score - MEWS, Cumulative Illness Rating Scale - CIRS</i>). <p>Le variabili raccolte saranno analizzate con le opportune tecniche di statistica descrittiva. Il test di Wilcoxon per dati appaiati sarà usato per confrontare i valori degli score CIRS e IIA entro paziente (<i>endpoint</i> primario); l'analisi sarà ripetuta stratificando per sesso, fascia di età e tipo di patologia.</p> <p>Il coefficiente secondo Spearman, e la sua significatività, saranno calcolati per valutare la correlazione per ranghi tra gli <i>score</i> CIRS, IIA e MEWS.</p>
Percorso sperimentale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definire un quadro di riferimento per indirizzare lo studio con il supporto delle migliori prove di efficacia disponibili, attraverso la revisione sistematica della letteratura nazionale e internazionale. 2. Condividere i risultati della revisione sistematica e il percorso del progetto tra le Aziende Ospedaliere proponenti e possibile estensione del progetto ad altre Aziende, attraverso incontri informativi in sede regionale e incontri formativi in ogni Azienda Sanitaria che partecipa allo studio. 3. Realizzare la prima valutazione dell'indice di intensità assistenziale e della complessità clinica, sulla base della valutazione infermieristica e medica all'inizio della degenza (prime 24 ore) e al terzo giorno del ricovero, con utilizzo delle schede predisposte, su un campione di 500 pazienti. 4. Realizzare la seconda valutazione dell'indice di intensità assistenziale e della complessità clinica, sulla base della valutazione infermieristica e medica all'inizio della degenza (prime 24 ore) e al terzo giorno del ricovero, con utilizzo delle schede predisposte, su un campione di pazienti che verrà ridefinito in base ai risultati delle prime valutazioni. 5. Condurre l'analisi statistica dei dati e presentare i risultati dello studio, sulla base dell'elaborazione finale dei dati a cura dello

	Statistico individuato, la loro analisi e la loro valutazione, considerando i risultati principali e secondari attesi. 6. Condividere e diffondere i risultati raggiunti e le proposte conseguenti mediante incontri informativi specifici.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none">- N. Strutture di ricovero Aziende Ospedaliere aderenti/N. Strutture di ricovero presenti nelle Aziende Ospedaliere Lombarde.- N. rilevazioni per Azienda Ospedaliera/ N. pazienti ricoverati nel periodo considerato.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none">- N. rilevazioni infermieristiche e cliniche congruenti/N. rilevazioni effettuate.
Esiti/Outcome	Utilizzo degli strumenti utilizzati per settori di Medicina Interna per la gestione dei trasferimenti nelle istituende strutture sub acute.

TITOLO	Effetti di un programma multidimensionale per la riduzione della contenzione fisica
Azienda	Collegi IPASVI MI-LO-MB/BS/AO
Dipartimento/Distretto	Collegio IPASVI MI-LO-MB
Unità operativa	Milano
Città	Milano
Indirizzo (della struttura)	Via Adige, 20
Email	info@ipasvimi.it; ricerca@ipasvimi.it
Referente (unico) per contatti	Muttillio Giovanni
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	<p>Muttillio Giovanni, Ipasvi MI-LO-MB, Coordinatore Infermieristico URP IRCCS Ospedale Maggiore MI</p> <p>Magri Miriam, Ipasvi MI-LO-MB, Coordinatrice Didattica Sez. Corso di Laurea in Infermieristica INT MI</p> <p>Zanetti Ermellina, Ipasvi BS GRG BS</p> <p>Gazzola Monica, Ipasvi AO Responsabile Infermieristica VVMD Area territoriale AO</p> <p>Castaldo Anna, Ipasvi MI-LO-MB Responsabile Formazione/URP Istituto Don Orione, Milano</p> <p>Gobbi Paola, Ipasvi MI-LO-MB Responsabile Infermieristica Presidio Corberi Asl MB</p> <p>Carniel Giorgio, Coordinamento Riabilitazione Casa Cura Ambrosiana Cesano Boscone, Milano</p> <p>Melo Ferrari Talia, Infermiera Fondazione San Raffaele, Milano</p> <p>Bellino Stella, Coordinatrice Serv. Inf. AO Legnano</p> <p>Massai Danilo, Direttore Agenzia per la Formazione azienda USL 11 Empoli</p> <p>Mislej Maila, Direttore SI ASS1 Triestina TS</p> <p>Fucci Sergio, Esperto in materia etica e giuridica, Magistrato del Tribunale di Milano</p>
	SPERIMENTAZIONE
Obiettivo della Sperimentazione	<p>Valutare gli effetti di un programma di interventi multidimensionali per la prevenzione e la riduzione dei mezzi di contenzione fisica in Ospedale e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani (RSA).</p> <p>Lo studio si basa sull'ipotesi, supportata da lavori di letteratura, che è verosimile che un programma che prevede interventi multi-dimensionali possa efficacemente prevenire il ricorso alla contenzione fisica per le persone a rischio di caduta e/o con disturbi cognitivo-comportamentali.</p>
Strutture coinvolte	Altre Aziende/Altro
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p><i>Disegno di studio</i></p> <p>Studio pilota, <i>trial</i> controllato randomizzato a <i>cluster</i> (RCT) della durata di 8 mesi.</p> <p><i>Popolazione</i></p> <p>Pazienti ricoverati o residenti nei seguenti <i>setting</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ospedale (limitatamente alla popolazione con età superiore a 65 anni): <ul style="list-style-type: none"> - Reparti di Medicina, Ortopedia, Chirurgia generale. - Residenze sanitarie assistenziali (RSA): <ul style="list-style-type: none"> - nuclei RSA; - nuclei Alzheimer. <p><i>Campione</i></p> <p><i>Gruppo d'intervento</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ospedale (un Reparto di Medicina/Geriatria e un Reparto di Chirurgia/Ortopedia); - RSA: due nuclei di cui uno specializzato nelle cure delle persone con demenza grave (nuclei Alzheimer). <p><i>Gruppo di controllo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ospedale (un Reparto di Medicina/Geriatria e un Reparto di Chirurgia/Ortopedia); - RSA: due nuclei di cui uno specializzato nelle cure delle persone con demenza grave (nuclei Alzheimer).

	<p><i>Randomizzazione a cluster</i> <i>Gruppo d'intervento</i> Programma d'interventi multidimensionali, indirizzato alle persone a rischio di caduta e/o con disturbi cognitivo-comportamentali che prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'implementazione di un protocollo volto a minimizzare la contenzione fisica attraverso l'utilizzo di più interventi alternativi; - la formazione del personale sanitario ed assistenziale; - la consulenza di un Infermiere esperto; - lo sviluppo e la disponibilità di interventi alternativi (letti bassi, supervisione e monitoraggio delle persone, <i>hip protector</i>). <p><i>Gruppo di Controllo</i> Assistenza di <i>routine</i> (o <i>usual care</i>).</p> <p><i>Luogo d'indagine</i> Province di Milano, Lodi, Monza-Brianza, Brescia e Aosta.</p> <p><i>Periodo di indagine</i> Da ottobre 2012 a maggio 2013</p> <p><i>Steps</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - T0 (start up); - T1 (dopo 4 mesi); - T2 (dopo 8 mesi - chiusura progetto pilota).
Percorso sperimentale	<p>Prima di realizzare lo studio su larga scala e al fine di valutare la fattibilità della ricerca, testare la potenza statistica, la dimensione campionaria e l'impiego delle risorse effettive, sarà condotto uno studio pilota in almeno due Reparti ospedalieri (Medicina/Geriatria, Terapia intensiva generale) e due nuclei RSA, di cui uno specializzato nelle cure delle persone con demenza grave (nuclei Alzheimer). A tal fine, in almeno tre province (Milano, Lodi o Monza-Brianza; Brescia e Aosta), saranno randomizzati in <i>cluster</i> le unità operative in cui sarà realizzato il programma di interventi multidimensionali e le unità operative di controllo, in cui invece sarà prevista l'assistenza di <i>routine</i>. La valutazione della fattibilità della ricerca con un progetto pilota è condizione necessaria e sufficiente alla sua effettiva realizzazione, poiché si prefigura come uno studio complesso in termini metodologici, per l'utilizzo di metodi e strumenti combinati, in termini di interventi, in quanto si propone di implementare un programma di interventi multidimensionali che per loro natura sono definibili a sua volta come interventi complessi e, infine, in termini di <i>outcome</i>. Del resto, le cure sanitarie e nella fattispecie l'assistenza infermieristica si connotano sempre più come interventi complessi (<i>Medical Research Council</i> 2008).</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione e adesione a linee guida aziendali per la prevenzione della contenzione fisica. - Completezza della documentazione clinico-assistenziale, inclusa la registrazione delle cadute e delle conseguenze traumatiche. - N. pazienti a rischio di caduta trattati con interventi alternativi alla contenzione fisica. - N. pazienti con disturbi cognitivo-comportamentali trattati con mezzi alternativi alla contenzione fisica (senza che vi sia un aumento del numero di farmaci sedativi -prescrizioni e posologia). - Partecipazione agli eventi formativi.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione del numero di pazienti/ospiti contenuti. - Riduzione dell'utilizzo di mezzi di contenzione e delle ore di contenzione. - Modifiche degli atteggiamenti/convinzioni del personale sanitario e assistenziale (T0; T1; T2) nei confronti della contenzione fisica, attraverso questionario validato.
Esiti/Outcome	<p><i>Outcome primario</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione del ricorso alla contenzione fisica. <p><i>Outcomes secondari</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gli infermieri considerano la contenzione come evento occasionale. - Per tutti i pazienti a rischio di essere contenuti sono implementati gli interventi alternativi.

TITOLO	Servizio Continuità Assistenziale IEO
Azienda	Istituto Europeo di Oncologia
Dipartimento/Distretto	Dipartimento di medicina
Unità operativa	Servizio continuità assistenziale
Città	Milano
Indirizzo (della struttura)	Via Ripamonti, 435
Email	loredana.lunghi@ieo.it
Referente (unico) per contatti	Lunghi Loredana
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Lunghi Loredana , Coordinatrice Responsabile di progetto Cattaneo Daniela , Medico <i>Senior</i> Cocquio Angela , Coordinatrice <i>Call Centre</i> Boschetti Francesca , Infermiera Domiciliare Goldhirsch Aron , Direttore di Dipartimento
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	1° gennaio 2011
Progettazione terminata il	In corso
Obiettivo del Progetto	Il paziente oncologico affronta nel percorso di diagnosi e cura eventi e problematiche che modificano il quadro sociale, personale ed esistenziale del suo vissuto, e che comportano condizioni complesse in presenza di comorbidità, problematiche psicosociali e tematiche spirituali. Questi aspetti identificano quello stato di fragilità che lo destabilizza e complica il percorso di cura e lo stato psicosociale del paziente e della sua famiglia. La presenza di un Servizio di Continuità Assistenziale che sia in grado di accogliere il vissuto del paziente e della sua famiglia nel <i>setting</i> privilegiato del domicilio o di indirizzarli verso strutture idonee di cura permette di affrontare quegli eventi inattesi e combattuti con risorse tempestive, competenti e integrate nel percorso di cura.
Strutture coinvolte	<ul style="list-style-type: none"> - Unità Operativa - Dipartimento/Distretto - Azienda - Altre Aziende/Altro
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Il Modello di Continuità Assistenziale delle cure dell'Istituto Europeo di Oncologia nasce dalla lettura dei bisogni espressi dai pazienti afferenti ad esso durante il percorso diagnostico-terapeutico. La scelta di sviluppare un unico Servizio di Continuità costituito da 3 Aree operative - Continuità delle Cure, <i>Call center</i> e Ospedalizzazione Domiciliare - consente di corrispondere con risposte integrate ed evolute da un lato alle necessità di rientro del paziente fragile e della sua famiglia al proprio domicilio o presso strutture compatibili; dall'altro alla richiesta di informazioni e di contenuti assistenziali in presenza di dubbi e/o problematiche clinico-assistenziali modificate in ambito domiciliare. Inoltre, permette di offrire l'assistenza di un' <i>équipe</i> di cure palliative presso il domicilio nel territorio di pertinenza. Questi livelli operativi collegano tra loro i diversi <i>steps</i> di diagnosi e cura per sviluppare un processo continuo di supporto e di assistenza integrando la fase extramuraria con quella intramuraria, affinché il paziente possa condividere con i <i>team</i> di cura gli eventi e le scelte che contraddistinguono il suo vissuto di malattia.
Percorso sperimentale	Il Modello del Servizio di Continuità Assistenziale ha superato la fase di <i>start up</i> , in quanto sono state identificate le risorse (figure professionali, numerosità) e gli strumenti (protocolli, procedure, <i>form</i> , <i>report</i> , indicatori) necessari per consentire uno sviluppo tracciabile e verificabile delle 3 aree operative. L'Area Infermieristica, redattrice del progetto, ne sovrintende l'evoluzione e condivide i contenuti gestionali e assistenziali con l'Area Medica al fine di realizzare percorsi integrati. Un percorso formativo dei professionisti dedicati ha consentito di sviluppare un approccio omogeneo nelle 3 Aree e il confronto periodico tra questi ha promosso la costruzione di ambiti condivisi e integrati.

TITOLO	Formazione Cure Palliative
Azienda	Istituto Europeo di Oncologia
Dipartimento/Distretto	Dipartimento di medicina
Unità operativa	Servizio Continuità Assistenziale
Città	Milano
Indirizzo (della struttura)	Via Ripamonti, 435
Email	loredana.lunghi@ieo.it
Referente (unico) per contatti	Lunghi Loredana
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Lunghi Loredana , Coordinatrice di progetto Cattaneo Daniela , Medico <i>senior</i> Responsabile progetto formativo Goldhirsch Aron , Direttore di Dipartimento
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Maggio 2011
Sperimentazione terminata il	In corso
Obiettivo della Sperimentazione	Superare il limite verificato in un audit effettuato in IEO rispetto all'approccio dei professionisti sanitari rivolto al paziente terminale, che ha evidenziato la necessità e il bisogno di evolvere il contenuto di cure palliative con ciò che è considerato oggi l'ambito operativo di queste. La OMS, infatti, le considera un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicofisica e spirituale.
Strutture coinvolte	Azienda
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Nel periodo tra maggio e giugno 2011 è stato somministrato ai professionisti (medici e infermieri) dell'Istituto Europeo di Oncologia un questionario distribuito dalla Società Italiana di Cure Palliative, per indagare la conoscenza esistente sulle tematiche di cure palliative e l'approccio perseguito dai professionisti in questo ambito. Il campione, giudicato rappresentativo (363 persone), ha permesso di acquisire che il livello di consapevolezza del ruolo delle cure palliative nella loro accezione complessa (dichiarazione OMS) ha alcuni limiti conoscitivi e attuativi, e che, inoltre, è presente una profonda esigenza di approfondirne gli aspetti. È stato quindi proposto di realizzare un progetto formativo, da accreditare secondo le regole ECM, per assolvere al bisogno espresso.
Percorso sperimentale	I risultati dei questionari pervenuti (72%) hanno permesso di individuare 3 macroaree, che saranno accreditate separatamente, quali contenitori in cui sviluppare le tematiche richieste: 1. Il processo comunicativo e le decisioni assistenziali condivise (3 moduli nell'arco di 2 settimane). 2. La filosofia palliativa in ambito oncologico e il dolore vissuto (2 moduli nell'arco di 2 settimane). 3. I bisogni sociosanitari e il supporto al <i>team</i> sanitario-paziente-famiglia (3 moduli nell'arco di 2 settimane). Ogni modulo avrà uno spazio di sviluppo di 1h e 30'/2h in cui si affronteranno gli aspetti dichiarati, secondo un modello in grado di accogliere le criticità conoscitive e operative dei professionisti e promuovere percorsi di risposta modulata coerenti con lo sviluppo da perseguire in quest'area. Per consentire di conseguire gli obiettivi dichiarati: - si individueranno gruppi di discendenti di un massimo di 15 professionisti ad edizione, espressione delle diverse discipline, di area sia medica sia infermieristica, per strutturare un approccio multidisciplinare; - si limiterà la possibilità ai professionisti di partecipare a moduli di edizioni diverse da quella a cui hanno aderito, al fine di costruire un confronto

costruttivo;

- si prevedono 2 Tutor d'aula espressione delle 2 aree sanitarie coinvolte, per facilitare il processo formativo;
- s'identifica un periodo di "pausa" di 2 settimane tra le diverse macroaree per consentire l'elaborazione dei contenuti esplicitati.

In quanto progetto pilota, tutto il percorso formativo verrà monitorato per verificare, in itinere ed ex post, il modello proposto e poterlo eventualmente implementare, al fine di effettuare una proposta soddisfacente ai bisogni presenti e alla loro necessaria evoluzione. A 6 mesi, infatti, si effettuerà un *audit* al personale partecipante per identificare il livello di sviluppo che i professionisti hanno potuto attuare, le criticità incontrate e le esigenze evolute.

TITOLO	Danzare la vita e curare
Azienda	RSA
Dipartimento/Distretto	Milano
Unità operativa	Riabilitazione
Città	Milano
Indirizzo (della struttura)	Via Padova, 118
Email	arvita@alice.it
Referente (unico) per contatti	Mario De Cesare , Assistente Sanitario
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Mario De Cesare , Insegnante di Biodanza [®] e Assistente Sanitario Margherita Amato , Insegnante di Biodanza [®] e Infermiera Dirigente Francesca Rovati , Educatrice
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	1° novembre 2011
Sperimentazione terminata il	In corso
Obiettivo della Sperimentazione	<p>Il progetto è stato predisposto al fine di valutare se sia possibile applicare un metodo che consenta il mantenimento e/o miglioramento delle funzioni relazionali, affettive e cognitivo-motorie degli ospiti, (partendo da esperienze già documentate), avendo poi la possibilità di introdurre tale metodo nella routine delle prassi di cura e assistenza.</p> <p>Allo scopo verrà quindi selezionato un gruppo di circa 20 partecipanti ancora in buone condizioni cognitive. I partecipanti verranno selezionati sulla base della loro volontaria adesione, dei dati clinici e dei seguenti test di valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scala di valutazione della qualità della vita (VAS); - Barthel Index; - MMSE; GDS; <p>I soggetti candidati alla sperimentazione verranno sottoposti a tali test all'atto dell'arruolamento e mensilmente nel corso dell'esperienza.</p>
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>È un progetto applicativo del metodo di Biodanza[®] ideato dal prof. Rolando Toro, già docente presso l'Università Pontificia di Santiago del Cile e ideatore di Biodanza[®].</p> <p>Biodanza[®] nelle sue applicazioni terapeutiche consente di far riacquisire alle persone una integrazione psico-motoria ottimale e per questo è stata accettata come proposta. Il metodo è già stato impiegato in ambito clinico e presentato dallo scrivente nel contesto del Congresso Nazionale di Psico-oncologia ad Acireale nel 2003.</p> <p>Il progetto verrà realizzato in una RSA e prevede il coinvolgimento di un gruppo di circa 20 clienti di una struttura residenziale per anziani ancora in buone condizioni cognitive, selezionati tramite indagini funzionali d'ingresso. Biodanza[®] è un metodo basato su un modello teorico di matrice biopsicologica e determina esiti di miglioramento nell'adattamento all'ambiente di natura somatico-emotivo-relazionale.</p> <p>Il metodo viene praticato in gruppo impiegando musiche/danze selezionate ad hoc dall'ideatore del metodo stesso ed esercizi strutturati, semistrutturati o liberi di integrazione neuromotoria codificati.</p> <p>Il prof. R. Toro sperimentò le prime applicazioni del metodo nel contesto della clinica psichiatrica universitaria dove lavorava negli anni '60. Personalmente sono stato relatore della tesi di diploma di una insegnante che ora opera in riabilitazione psichiatrica a Genova. Il processo terapeutico avviene in incontri di gruppo settimanali che durano circa 1 ora e 1/2. Durante gli incontri si impiega prevalentemente l'espressività corporea al fine di supportare maggiormente i processi integrativi e organizzativi dell'emisfero cerebrale destro.</p> <p>Le persone possono così riappropriarsi di un buon rapporto con sé stessi, con gli altri e le proprie emozioni, riscoprire potenzialità non considerate nel proprio movimento. Rinforzare e migliorare la percezione di sé e l'autostima. Gli incontri di Biodanza[®] avranno cadenza settimanale e il progetto avrà durata annuale.</p>

Percorso sperimentale	<p><i>FASE I – PREPARAZIONE PRELIMINARE</i></p> <ul style="list-style-type: none">a) Elaborazione del progetto e presentazione all'articolazione aziendale prepostab) Incontro con gli operatori coinvolti nel progettoc) Presentazione del progetto ai potenziali partecipantid) Selezione dei partecipanti <p><i>FASE II</i></p> <ul style="list-style-type: none">a) Inizio delle attività e inizio raccolta datib) Monitoraggio andamento a breve – medio – lungo termine Giornaliero – mensile – trimestrale (questionari e griglie di osservazione)c) Incontri di équipe per le verifiche di processod) Valutazioni intermedie <p><i>FASE III</i></p> <ul style="list-style-type: none">a) Valutazioni finali con i partecipantib) Riunione con i professionisti coinvolti; discussione ed esame dei risultatic) Predisposizione della relazione conclusiva
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none">a) Andamento delle comunicazioni verbali pre-sessione, contenuti e senso dei vissutib) Griglie di osservazione di Biodanza®c) Risultati conseguiti nei tests: MMSE, Barthel Index, GDS, scala di valutazione di qualità della vita
	<ul style="list-style-type: none">a) Miglioramento nei test di valutazione finalib) Miglioramento nella capacità espressiva verbalec) Miglioramento nel tono dell'umored) Miglioramento delle capacità motoriee) Integrazione della sensibilitàf) Rinforzo dell'autostimag) Capacità di esprimere e soddisfare meglio i propri bisogni
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none">a) Conclusione favorevole della sperimentazione con minor numero di abbandoni possibileb) Miglioramento o stabilità nelle condizioni psicofisiche dei partecipantic) Innalzamento del tono dell'umored) Migliore aggregazione di gruppoe) Maggiore e più espressiva integrazione affettivo-motoriaf) Incremento dell'autostima e dell'autoefficacia percepiteg) Miglioramento dell'espressività creativa, motoria, verbale, relazionaleh) Dissoluzione in parte o in toto di dissociazioni e blocchi muscolo-scheletrici aventi origine psico-somaticai) Miglioramento complessivo del clima psico-socialej) Miglioramento del benessere percepito dai partecipantik) Gratificazione per gli operatori

Titolo	Percorso <i>Fast-Ped</i> in un Pronto Soccorso Generale di un Ospedale Hub privo di Pronto Soccorso Pediatrico: la presa in carico infermieristica dei bambini a bassa gravità
Azienda	Azienda Sanitaria Modena
Dipartimento/Distretto	Emergenza-Urgenza
Unità operativa	Pronto Soccorso
Città	Mirandola
Indirizzo (della struttura)	Via Smerieri n.1
Email	l.gelati@ausl.mo.it
Referente (unico) per contatti	Gelati Luca
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	<p>Gelati Luca, U.O. Pronto Soccorso Ospedale S. Maria Bianca, Mirandola AUSL Modena 1</p> <p>Bandiera Geminiano, U.O. Pronto Soccorso Ospedale S. Maria Bianca, Mirandola AUSL Modena 1</p> <p>Toscani Stefano, U.O. Pronto Soccorso Ospedale S. Maria Bianca, Mirandola AUSL Modena 1</p> <p>Manduchi Anna, Direzione Sanitaria Stabilimento Ospedaliero di Mirandola, AUSL Modena</p> <p>Bega Sabrina, Direzione Sanitaria Stabilimento Ospedaliero di Mirandola, AUSL Modena</p> <p>Ditella Silvio, Direzione Sanitaria Stabilimento Ospedaliero di Mirandola, AUSL Modena</p> <p>Cestari Adriana, U.O. Pediatria Ospedale S. Maria Bianca di Mirandola, AUSL di Modena</p> <p>Tartarini Gabriella, U.O. Pediatria Ospedale S. Maria Bianca di Mirandola, AUSL di Modena 3</p> <p>Ricci Aldo, U.O.C. di Medicina Legale e Gestione del Rischio, AUSL di Modena</p> <p>Zanoni Elisa, Laureanda Infermieristica, Università di Modena e Reggio Emilia</p>
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	1° settembre 2008
Sperimentazione terminata il	1° giugno 2010
Obiettivo della Sperimentazione	<p>Obiettivo del progetto è la creazione di una strategia organizzativa condivisa tra Responsabili e Operatori di Direzione Sanitaria, PS e Pediatria, che preveda l'applicazione di una procedura di presa in carico infermieristica. Essa include un primo inquadramento infermieristico del/la paziente pediatrico al <i>triage</i> del PS generale, teso a escludere con un notevole grado di attendibilità, la presenza di una situazione clinica di emergenza o urgenza non differibile.</p> <p>Per i bambini identificati come casi non urgenti o urgenti differibili sulla base di reperti clinico-anamnestici validati in letteratura (assegnazione di codice <i>triage</i> bianco o verde), l'Infermiere invia il bambino direttamente nel Reparto di Pediatria (senza una valutazione medica in PS), dove sarà preso direttamente in carico dall'Infermiere Pediatrico.</p> <p>Strumento della presa in carico è la cartella infermieristica, che viene redatta in PS e che seguirà il bambino anche in Pediatria per le successive valutazioni e osservazioni, che l'Infermiere di Pediatria potrà eseguire in attesa della visita del Medico Pediatrico.</p> <p>Tutti i piccoli pazienti con priorità da <i>triage</i> Giallo o Rosso, o comunque non rientranti nel protocollo condiviso, saranno valutati in PS generale. Il principio ispiratore è quello di dare una risposta assistenziale, la più adeguata e rapida possibile compatibilmente con le risorse disponibili, a tutti i pazienti. Obiettivi dello studio di ricerca: quantificare il numero e il livello delle prestazioni di presa in carico infermieristica per i bambini identificati come non urgenti (codice bianco o verde).</p>
Strutture coinvolte	Dipartimento/Distretto
Progetto/Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	È stato condotto uno studio descrittivo retrospettivo sulle schede di presa

	<p>in carico infermieristica. Sono state analizzate tutte le schede infermieristiche prodotte per l'attività di presa in carico infermieristica. Alla raccolta schede ha fatto seguito l'inserimento dei dati nel data base informatico.</p> <p>Successivamente i dati saranno analizzati mediante un set di indicatori facilmente rintracciabili nella scheda infermieristica, in grado di identificare l'attività infermieristica svolta in autonomia.</p>
Percorso sperimentale	<p><i>Periodo di osservazione</i></p> <p>Sono stati analizzati 9 mesi di accessi pediatrici presso il PS di Mirandola in due periodi storici diversi.</p> <p>Il primo periodo va dal 1° settembre 2008 al 1° giugno 2009, in assenza della procedura di presa in carico infermieristica.</p> <p>Il secondo periodo va dal 1° settembre 2009 al 1° giugno 2010, con operatività della procedura.</p> <p>La fascia oraria in cui il percorso è stato attivato si è esteso dalle ore 8 alle ore 20, per tutti i giorni della settimana. In tale orario il Pediatra era presente nella Struttura Ospedaliera ma poteva non essere fisicamente in Reparto.</p> <p><i>Obiettivo</i></p> <p>Evidenziare come la presa in carico infermieristica dei bambini senza urgenza clinica (identificati con codici bianchi e verdi), che si presentino in un PS generale di un Ospedale privo di PS pediatrico, migliori gli esiti globali di salute, apportando benefici organizzativi all'intero "sistema" Ospedale.</p>
Indicatori di processo	<p>È stato eseguito un confronto dei dati accessi pediatrici generali rilevati prima e dopo l'attivazione della procedura (18 mesi). L'operatività della procedura di presa in carico infermieristica è stata comparata a quella della procedura che prevede, per i bambini identificati al <i>triage</i> come non urgenti, la richiesta di consulenza pediatrica solo dopo la visita del Medico di PS.</p> <p>- Nei nove mesi in assenza della procedura di presa in carico infermieristica (1 settembre 2008 – 1 giugno 2009), il totale degli accessi pediatrici (0-16 anni) è stato 3.967. Per 2.039 di questi bambini è stata richiesta la Consulenza Pediatrica (51%). 250 bambini si sono allontanati prima della visita del medico di PS e 17 bambini non sono stati valutati per rinuncia dei genitori alla visita.</p> <p>Il restante numero di bambini è stato trattato in prima istanza dal medico di PS, perché identificati con codice rosso o giallo o perché il medico di PS non ha ritenuto opportuno richiedere la consulenza Pediatrica.</p> <p>Sul totale degli accessi per qualsiasi causa e qualsiasi codice di gravità si sono verificati 156 ricoveri presso la Pediatria di Mirandola (13% di ricoveri per consulenza pediatrica), 2 rifiuti di ricovero e 16 trasferimenti.</p> <p>- Nei nove mesi di operatività della procedura infermieristica (1 settembre 2009 - 1 giugno 2010) si è evidenziato un totale di accessi pediatrici (0-16 anni) di 4.006 bambini. Per 1.968 è stata richiesta la consulenza Pediatrica (49%). 101 bambini si sono allontanati prima della visita del medico di PS e 3 bambini non sono stati valutati per rinuncia dei genitori alla visita. Un totale di 179 bambini non sono rientrati in PS per la chiusura della prestazione dopo esecuzione della consulenza Pediatrica. Il restante numero di bambini è stato trattato dal medico di PS o perché identificati con codice rosso o giallo o perché giunti in PS in una fascia oraria in cui non era attiva la procedura di presa in carico infermieristica.</p> <p>Sul totale degli accessi per qualsiasi causa e qualsiasi codice di gravità si sono verificati 154 ricoveri presso la pediatria di Mirandola (12,7% di ricoveri per consulenza pediatrica), 3 rifiuti di ricovero e 15 trasferimenti.</p>

<p>Indicatori di risultato</p>	<p>Sono stati analizzati i dati accessi Pediatrici con procedura di presa in carico infermieristica operativa. Nel periodo dal 1° settembre 2009 al 1° giugno 2010 sono stati presi in carico attraverso prestazione infermieristica 889 bambini identificati dopo il primo <i>triage</i> con codice bianco e verde. Di questi, per 885 sono stati correttamente rilevati i parametri vitali ed è stata raccolta l'anamnesi con presa in carico infermieristica (99,5%). I giorni della settimana con il maggior numero di prese in carico infermieristiche sono stati venerdì, sabato e domenica. È stato inserito correttamente il giorno della settimana in 866 su 889 casi totali. La fascia oraria nella quale più frequentemente è stata attivata la presa in carico infermieristica è stata quella della metà mattinata e tardo pomeriggio.</p> <p>L'ora è stata correttamente tracciata in 842 su 889 casi.</p> <p>Il codice colore identificativo dei bambini con presa in carico infermieristica è stato prevalentemente il verde (888 schede su 889 casi). Le fasce di età più frequentemente interessate dalla presa in carico infermieristica sono quelle dei primi mesi e anni di vita. L'età è stata correttamente segnalata sulla scheda <i>triage</i> in 830 casi su 889.</p> <p>Il problema principale riferito dai genitori del bambino al <i>triage</i> è stata descritto dagli infermieri con modalità molto diverse. In 7 casi non è stata descritta nessuna motivazione di ingresso.</p> <p>Nella quasi totalità dei casi i bambini sono stati inviati in Pediatria con unico parametro vitale alterato, la temperatura corporea. Per 13 bambini presi in carico dall'Infermiere al <i>triage</i> sono stati richiesti ulteriori accertamenti dopo visita Pediatrica e nessuno di questi è stato in seguito ricoverato.</p> <p>La nazionalità dei bambini con presa in carico è prevalentemente Italiana. Il percorso è stato proposto più frequentemente da Infermieri di <i>triage</i> con elevata anzianità di servizio. Su un totale di 889 percorsi attivati sono stati contestati dai medici pediatri 7 percorsi di presa in carico infermieristica mentre 3 percorsi sono stati contestati dall'Infermiere di Pediatria.</p>
<p>Esiti/Outcome</p>	<p>Il processo di valutazione infermieristica che ha portato a identificare i bambini come non urgenti ha mostrato precisione e attendibilità.</p> <p>Dal punto di vista statistico, una tabella a doppia entrata, che identifica come positivi i bambini valutati effettivamente congruenti (non urgenza-urgenza differibile) a conclusione dell'<i>iter</i>, ha evidenziato con una prevalenza del 50% una sensibilità e specificità del 98,2 (I.C. 95% tra 0,97 e 0,99), una <i>likelihood ratio</i> positiva del 54,56 e una <i>likelihood ratio</i> negativa di 0,02. (LR positivi >10 e negativi <0.1 modificano in modo spesso conclusivo la probabilità di escludere una urgenza clinica).</p> <p>Ove è stata resa operativa la procedura di presa in carico infermieristica, i tempi di attesa generali per tutte le tipologie di pazienti sono migliorati per i codici di gravità bianchi e verdi nelle fasce orarie. La risposta per i bambini senza urgenza clinica che si presentino al PS passa attraverso la valorizzazione della prestazione infermieristica, l'<i>empowerment</i> del cittadino-genitore e l'integrazione dei servizi sanitari.</p> <p>La prestazione infermieristica è la base su cui poggia la strategia, anche se dal punto di vista culturale si tratta di "vincere" diffidenze e resistenze. Tale strategia non svilisce la funzione di Pronto Soccorso, che anzi può così concentrare le proprie energie sul suo mandato primario: l'emergenza-urgenza. Viene al contempo viene garantito il più adeguato livello assistenziale al maggior numero di pazienti, nel minor tempo possibile e in scurezza, senza per questo privilegiare i/le pazienti meno urgenti rispetto agli altri.</p> <p>Il cittadino-genitore deve essere il primo attore delle scelte che riguardano la sua salute: affinché questo si realizzi, occorre promuoverne la partecipazione attiva nei processi sanitari che lo coinvolgono.</p>

TITOLO	Terapie intensive aperte e “il punto di vista” degli operatori sanitari: uno studio qualitativo
Azienda	Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico
Dipartimento/Distretto	Dipartimento Specialità Chirurgiche
Unità operativa	Terapia Intensiva post-operatoria polivalente
Città	Modena
Indirizzo (della struttura)	Via del Pozzo, 71
Email	liontegiovanni@libero.it
Referente (unico) per contatti	Lionte Giovanni , Infermiere
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Cunico Laura , Ricercatore Med/45, Università degli Studi di Verona Mecugni Daniela , Ricercatore Med/45, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Coordinatrice CdL Infermieristica sede Reggio Emilia Girardis Massimo , Professore Associato MED 41-Anestesiologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, con integrazione delle funzioni assistenziali presso la Struttura Complessa di Anestesia e Rianimazione 1 dell'A.O.U. di Modena, partecipante a <i>focus group</i>
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Febbraio 2011
Progettazione terminata il	Marzo 2011
Obiettivo del Progetto	A distanza di un anno e mezzo dall'avvio dell'apertura della Terapia Intensiva ai familiari, lo scopo dell'indagine era indagare il punto di vista di Infermieri e Medici sull'impatto del cambiamento organizzativo, così da mettere in luce gli aspetti positivi, ma anche barriere e criticità incontrate, nonché avere suggerimenti su eventuali aree di miglioramento.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Per l'indagine si è utilizzato un approccio di ricerca qualitativa, mediante la tecnica del <i>focus group</i> e di interviste semistrutturate. Attraverso una revisione della letteratura sono stati formulati dei quesiti stimolo per la conduzione dei <i>focus group</i> e delle interviste. Sostanzialmente le aree esplorate riguardavano: <ul style="list-style-type: none"> - i vantaggi e gli svantaggi dell'apertura della terapia intensiva; - la linea comportamentale adottata dal <i>team</i>; - le strategie messe in atto in situazioni critiche incontrate; - i bisogni formativi e le aree di miglioramento. <p>Ci si è serviti dell'ausilio di un audioregistratore da cui sono stati poi trascritti fedelmente i dialoghi.</p> <p>I testi dei <i>focus</i> e delle interviste sono stati analizzati indipendentemente da due ricercatori, al fine di identificare temi ricorrenti e di scorporare ed esplicitare tutti i possibili contenuti delle narrazioni.</p> <p>Lo studio ha coinvolto un totale di 21 operatori sanitari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 medici su 6 (67%); - 17 infermieri su 22 (77%) con <i>range</i> di anzianità di servizio in Terapia Intensiva dai 3 ai 28 anni.
Percorso sperimentale	La peculiarità del percorso è che il progetto delle terapie intensive aperte in Italia è collocabile tra i meno rappresentati in Europa, primi fra tutti i Paesi anglosassoni. Portare avanti l'apertura delle terapie intensive aperte è doveroso alla luce della letteratura internazionale e nazionale e agli esiti di <i>trial</i> robusti, che mostrano quanto un maggior afflusso di persone esterne non si traduce in un aumento esponenziale delle infezioni nosocomiali, in quando i germi comunitari non sono così resistenti come quelli endemici degli Ospedali. <p>Quindi, alla luce delle evidenze scientifiche non si può più precludere l'affetto dei parenti o amici di pazienti critici come quelli in Terapia Intensiva che si trovano spesso a essere “sequestrati” ed “espropriati dei loro corpi” ingiustamente.</p> <p>L'adesione alla sperimentazione della Regione Emilia Romagna</p>

	rappresenta un doveroso passo per una maggior umanizzazione dell'assistenza di pazienti critici, che molto si gioverebbero del costante sostegno dei propri cari.
Esiti/Outcome	<p>Sono stati individuati i vantaggi per i pazienti non sedati e pazienti post-operati, per i pazienti agitati, per pazienti di altre culture o etnie, ecc. Tra i vantaggi dovuti alla presenza costante del familiare sembra esserci un effetto "sedativo" per il paziente:</p> <ul style="list-style-type: none">- maggiore tranquillità;- diminuzione della paura;- miglioramento dello stato psicologico;- migliore orientamento nel tempo e nello spazio. <p>I Medici e gli Infermieri segnalano un calo nell'uso della contenzione fisica dei pazienti "agitati" e, di conseguenza, un minor ricorso a farmaci sedativi e antidepressivi.</p> <p>Il familiare è percepito come meno ansioso e più consapevole del progetto assistenziale.</p> <p>I sanitari riferiscono, inoltre, di guadagnarne in termini di gestibilità dei pazienti, grazie al filtro parentale che può suggerire migliori strategie.</p>

Titolo	La partecipazione del paziente alle consegne infermieristiche
Azienda	Casa Madonna dell'Uliveto - Centro Residenziale Cure Palliative - Hospice
Dipartimento/Distretto	Hospice
Unità operativa	Hospice
Città	Montericco di Albinea (Re)
Indirizzo (della struttura)	Via Oliveto, 37
Email	direzione@madonna-uliveto.org
Referente (unico) per contatti	Juergen Wildner
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Ricerca-Intervento	<p>Wildner Juergen, Infermiere, Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche</p> <p>Piacentini Mariangela, Responsabile della formazione Hospice Madonna dell'Uliveto, Albinea (RE)</p> <p>Marzi Annamaria, Direttrice Hospice Madonna dell'Uliveto, Albinea</p> <p>Ferri Paola, Ricercatrice, Coordinatrice del Corso di Laurea in Infermieristica della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Modena e Reggio Emilia</p> <p>Maria Grazia Macchioni, Referente Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Università di Modena e Reggio Emilia</p> <p>Il lavoro completo è consultabile su: http://biblioteca.asmn.re.it/publicazioni/Tesi.pdf</p>
	RICERCA-INTERVENTO
Ricerca-Intervento iniziata il	1° aprile 2009
Ricerca-Intervento terminata il	30 novembre 2009
Obiettivo della Ricerca-Intervento	<p>L'obiettivo della consegna è la <i>continuità assistenziale</i>, per garantire un'assistenza individuale adeguata. Altre funzioni sono: l'educazione, l'insegnamento, l'apprendimento, un <i>debriefing</i> emozionale, una fonte di supporto e la coesione del gruppo.</p> <p>Nell'ambito della ricerca-intervento si cerca di descrivere, seguire nel tempo e interpretare l'esperienza della consegna al letto. Si vuole far conoscere a pazienti, <i>caregiver</i> e operatori un metodo alternativo di comunicazione nell'ambito delle consegne.</p> <p>L'obiettivo della ricerca:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. implementazione del modello, in base a esperienze internazionali, di passaggio di consegna, da quello tradizionale a quello al letto del paziente; 2. emancipazione ed <i>empowerment</i> del paziente tramite il processo della ricerca.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Ricerca-Intervento	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p>La ricerca-intervento, da tempo ampiamente usata, negli ultimi anni si è diffusa anche nella sanità italiana. La metodologia, che si basa sulle teorie di Kurt Lewin, mira a stimolare il coinvolgimento dei destinatari promuovendone la partecipazione.</p> <p>La teoria del cambiamento di Lewin viene largamente usata negli studi che si occupano d'implementazione della consegna a letto. Essa divide il processo in tre fasi principali: le sequenze di scongelamento, di movimento (cambiamento) e di ricongelamento: scongelare l'organizzazione da vecchie condizioni di equilibrio (destabilizzare), in modo da favorire il cambiamento, per poi congelarla successivamente in nuove e più adeguate condizioni di equilibrio interno. Queste fasi guidano l'implementazione della consegna al letto, forniscono ai responsabili la comprensione del processo di cambiamento e l'abilità di anticipare potenziali sfide.</p> <p>La teoria distingue inoltre le forze che spingono al cambiamento (<i>driving forces</i>) e le forze che vi si oppongono (<i>restraining forces</i>).</p> <p><i>Luogo della ricerca: l'Hospice Casa Madonna dell'Uliveto, una struttura</i></p>

	<p>residenziale in convenzione con l'AUSL di Reggio Emilia, aperta nel 2001, che offre un servizio gratuito di assistenza, accompagnamento e sostegno al malato oncologico grave e alla sua famiglia. La struttura è a conduzione infermieristica e ha 12 posti letto. I ricoveri sono ca. 200 l'anno (2008) e la degenza media è di 20 giorni. Il personale è composto da 3 Infermieri e 7 Operatori socio sanitari (OSS).</p> <p><i>Popolazione:</i> la sperimentazione della consegna al letto viene eseguita con tutti i pazienti ricoverati all'<i>Hospice</i> nell'arco del tempo della sperimentazione. La popolazione osservata quindi è rappresentata da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tutti gli Infermieri e gli Operatori socio sanitari della struttura (solo occasionalmente partecipano altre figure della struttura, come, ad esempio, la Psicologa); - tutti i pazienti ricoverati e i familiari presenti nel periodo, in base alla loro possibilità di partecipare.
Percorso sperimentale	<p>Il ricercatore ha svolto interviste singole, semistrutturate, non direttive, con tutti gli operatori (Infermieri e OSS) riguardo alla loro percezione della consegna in generale e ha presentato il concetto della consegna al letto chiedendo a loro se potevano immaginarsi di realizzare questo metodo nella struttura. Nelle interviste si è cercato d'introdurre una riflessione sulla qualità della consegna e di Fare opera di sensibilizzazione per un'eventuale sperimentazione della consegna al letto.</p> <p>Uno strumento utilizzato nella ricerca-intervento è stato il <i>focus group</i>. Dopo alcuni incontri preliminari con la presentazione del modello, un <i>focus group</i> e una breve formazione, è stato deciso di sperimentare la consegna al letto.</p> <p>È previsto un ulteriore momento per il passaggio delle informazioni che non possono essere comunicate al letto del paziente.</p> <p>Prima di iniziare la sperimentazione, ogni Infermiere ha avuto l'occasione di eseguire almeno una consegna al letto di un/una paziente, accompagnato dalla responsabile della formazione. In collaborazione con la Direzione e la Formazione dell'<i>Hospice</i>, è stata eseguita una valutazione della consegna al letto tramite questionari.</p> <p>È stato elaborato un questionario per pazienti/familiari e uno che si rivolge agli Infermieri/OSS. Entrambi i questionari sono stati distribuiti in due momenti, il primo alla fine di maggio, dopo circa due mesi di sperimentazione, e il secondo all'inizio di settembre, dopo circa 5 mesi dall'inserimento del nuovo metodo di consegna. Attraverso i questionari si è pensato di raccogliere dati quantitativi e qualitativi.</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Assicurarsi che l'ambiente permetta le consegne; - collaborazione del paziente; - presentazione dell'Infermiere che inizia il turno; - situazione di agio del paziente; - applicare appropriatamente i principi di <i>privacy</i>, dignità e rispetto in ogni momento del processo; - rispettare il paziente con gesti, volume e tono della voce e uso di un linguaggio medico; - comunicare e informare con perizia; - descrivere a grandi linee dei piani di cura; - precisare la risposta del/lla paziente alle cure; - fornire al paziente l'opportunità di chiedere chiarimenti e di confermare informazioni; - controllare la sicurezza del/lla paziente e dell'ambiente; - concludere la consegna in modo appropriato prima di allontanarsi dal letto.
Indicatori di risultato	<p>Sono stati distribuiti e compilati 15 questionari da pazienti/<i>caregiver</i>. L'85% degli Operatori ha risposto al questionario della prima valutazione, il 60% della seconda.</p> <p>Il 100% dei pazienti intervistati conferma un aumento di fiducia nei confronti degli Operatori e del loro personale senso di sicurezza; per tutti è migliorata la conoscenza degli Operatori. Il 93% si sente partecipe alla</p>

	<p>consegna. Gli Operatori affermano che la consegna al letto ha contribuito a migliorare la presa in carico, la visione globale e la conoscenza del paziente; il numero d'errori o di omissioni nel passaggio delle informazioni è diminuito. Gli Operatori accennano ad alcuni aspetti critici come lo stile di comunicazione, la frammentazione delle consegne e la stanchezza di fine turno.</p>
Esiti/Outcome	<p>I risultati su un campione limitato, pur essendo rappresentativi della struttura indagata, rispecchiano i dati di studi internazionali che dimostrano l'applicabilità del metodo in diverse tipologie di strutture sanitarie. Una parte della consegna infermieristica si svolge ancora in sala Infermieri, dal momento che ci sono argomenti che non si possono approfondire nella stanza del/lla paziente.</p> <p>I dati rilevati dalla ricerca devono essere condivisi e chiariti con gli Operatori per sviluppare il metodo e migliorare ulteriormente la qualità della consegna.</p> <p>La soddisfazione dei pazienti, dei <i>caregiver</i> e l'interesse degli Operatori dovrebbe essere spunto per l'inserimento definitivo del metodo nella struttura esaminata e in altre realtà della sanità italiana.</p>

TITOLO	L'esperienza di un modello di insegnamento clinico innovativo: l'Unità Educativa Dedicata
Azienda	A.O. San Gerardo, Università degli Studi di Milano Bicocca
Dipartimento/Distretto	SITRA, Facoltà di Medicina e Chirurgia
Unità operativa	Corso di Laurea in Infermieristica, Clinica Nefrologica, Clinica Geriatrica
Città	Monza (MB)
Indirizzo (della struttura)	Via Pergolesi, 33
Email	clinfermiere@unimib.it
Referente (unico) per contatti	Di Mauro Stefania , Professore associato in Scienze Infermieristiche Generali, Cliniche e Pediatriche, Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Villa Candida Ester , Coordinatrice didattica Alberio Massimo , Tutor Barilaro Monica , Tutor Lazzarin Michela , Tutor Merati Sandra , Tutor Salvini Lorena , Tutor Spaccapeli Giovanni , Tutor Spedale Valentina , Tutor Toffoletto Marta , Tutor
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Ottobre 2009
Sperimentazione terminata il	Settembre 2011
Obiettivo della Sperimentazione	Sviluppare <i>setting</i> clinici in grado di assicurare la formazione dello studente infermiere attraverso le competenze cliniche e pedagogiche dei <i>Tutors</i> del Corso di Laurea in Infermieristica. In particolare: <ul style="list-style-type: none"> - facilitare la formazione degli studenti al fine di assumere la responsabilità dell'assistenza infermieristica; - stimolare nello studente la riflessione critica, la ricerca, l'applicazione delle evidenze scientifiche nell'assistenza infermieristica; - potenziare il trasferimento delle conoscenze nella pratica, anche allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica erogata e ricevuta; - favorire l'implementazione delle competenze cliniche specifiche dei <i>Tutors</i> utili alla formazione degli studenti; - favorire l'integrazione multidisciplinare e la relazione tra gli operatori.
Strutture coinvolte	Corso di laurea in Infermieristica Clinica Geriatrica e Nefrologica
Sperimentazione	Monoprofessionale
Disegno progettuale	Vedi percorso sperimentale
Percorso sperimentale	L'Unità Educativa Dedicata (UED) è una sperimentazione del Corso di Laurea in Infermieristica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza. Il modello di insegnamento è sviluppato in quattro periodi di tirocinio all'anno, della durata di un mese ciascuno, da lunedì a venerdì nel turno della mattina. Sono coinvolti annualmente circa 50 studenti del terzo anno e 20 del primo, guidati da 8 <i>Tutors</i> . La mattina gli studenti svolgono assistenza diretta e uno studente del terzo svolge attività di elaborazione del caso clinico e di approfondimenti bibliografici da discutere in gruppo. Nel processo di insegnamento e apprendimento il <i>Tutor</i> deve presidiare lo sviluppo delle competenze clinico-assistenziali dello studente, attraverso l'erogazione dell'assistenza infermieristica in un'organizzazione modulare di sei persone assistite di cui assume la totale responsabilità. Il modello UED si sviluppa dopo la presa in carico; successivamente il <i>Tutor</i> : <ul style="list-style-type: none"> - programma il <i>briefing</i> di circa 20 minuti per analizzare i casi clinici; - effettua il <i>briefing</i> con i medici, di circa 10 minuti, per conoscere il

	<p>percorso diagnostico terapeutico dei degenti;</p> <ul style="list-style-type: none">- definisce gli obiettivi individuali e di gruppo della giornata, le modalità didattiche e gli strumenti per il raggiungimento degli stessi;- assegna a ogni studente una o due persone assistite;- supervisiona gli studenti nell'assistenza infermieristica secondo prove di efficacia;- guida la discussione del Piano di Assistenza Infermieristica realizzato dagli studenti su una persona ricoverata, secondo il Modello delle Prestazioni infermieristiche;- realizza il <i>debriefing</i>, con i medici di circa 20 minuti. <p><i>Metodi didattici utilizzati</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Riunioni sull'assistenza infermieristica.- Riunioni del team infermieristico.- Analisi del caso.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none">- Regolare svolgimento <i>briefing</i> e <i>debriefing</i> con il personale medico.- Regolare svolgimento <i>briefing</i> e <i>debriefing</i> con il personale infermieristico.- Pianificazione assistenziale documentata dall'utilizzo della modulistica aziendale secondo il Modello delle Prestazione Infermieristiche.- Assistenza infermieristica erogata secondo le indicazioni delle linee guida e dei protocolli adottati in Azienda Ospedaliera.
Esiti/Outcome	<p><i>Customer satisfaction</i></p> <p>Durante la sperimentazione è stato distribuito un questionario alle persone coinvolte nel progetto: studenti, persone assistite, tutor, infermieri, coordinatori infermieristici, operatori socio sanitari, dirigenti medici e direttori di struttura complessa.</p> <p>Il questionario indaga cinque dimensioni significative dell'esperienza:</p> <ul style="list-style-type: none">- l'integrazione multidisciplinare;- la capacità di relazione fra gli operatori;- la qualità della formazione offerta;- l'assistenza erogata e ricevuta;- l'aspetto organizzativo;- lo sviluppo di motivazioni negli operatori. <p>Ciascun soggetto intervistato, in base al ruolo ricoperto, è stato chiamato a esprimere il proprio gradimento in merito a una o più delle dimensioni sopra descritte.</p>

TITOLO	Validazione dello strumento "Patient Participation in Emergency Department" in lingua italiana
Azienda	Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza - Università degli Studi di Milano Bicocca
Dipartimento/Distretto	Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale
Unità operativa	Servizio di Pronto Soccorso/ Corso di laurea in Infermieristica
Città	Monza (MB)
Indirizzo (della struttura)	Via Pergolesi, 33
Email	clinfermiere@unimib.it
Referente (unico) per contatti	Spedale Valentina
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Villa Candida Ester , Coordinatrice Didattica di Sezione del CdL in Infermieristica di Monza Spedale Valentina , Tutor del Corso di laurea in Infermieristica Bertozi Simona , laureanda in Infermieristica
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Novembre 2010
Progettazione terminata il	Novembre 2011
Obiettivo del Progetto	Questo studio si pone come obiettivo la validazione in lingua italiana dello strumento "Patient Participation in Emergency Department", che misura il grado di partecipazione della persona assistita al suo percorso clinico/assistenziale presso il servizio di Pronto Soccorso. Il questionario è stato reperito in letteratura e ha origini svedesi. È composto da 17 <i>item</i> , ai quali si risponde utilizzando una scala di Likert da 1 a 4. Al fine di raggiungere l'obiettivo è stato necessario ottenere la validità di contenuto, di facciata, di costruito e l'affidabilità.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Altre Aziende/Altro
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<ul style="list-style-type: none"> - La validità di contenuto è stata ottenuta tramite le linee guida di Beaton <i>et al.</i> per la traduzione con adattamento interculturale. - La validità di facciata è stata ottenuta tramite i pareri di esperti sulla qualità grafica del questionario, al fine di rendere il questionario piacevole e di semplice impatto. - Una volta ottenuta una traduzione validata del questionario, è stato progettato uno studio descrittivo trasversale. - È stato definito un campionamento stratificato in base alla fascia oraria di dimissione e al codice colore di priorità di cura alla dimissione. I dati su cui è stata basata la stratificazione sono relativi al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Monza nell'anno 2010. - La potenza dello studio corrisponde a: Valore alfa 0,05; Valore beta 0,20 (potenza 0,80). - Il campione è di 381 rispondenti. <p><i>Criteri di inclusione</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Persone maggiorenni, orientate nel tempo e nello spazio, a cui sono assegnati all'ingresso codici colore di priorità di cura bianchi, verdi o gialli. - Capacità di comprensione e lettura della lingua italiana ed espressione esplicita del consenso scritto alla compilazione del questionario oggetto di studio. Non è stato necessario acquisire il consenso del Comitato Etico poiché non vi era nessuna sperimentazione né necessità d'accesso a dati sensibili. <p>I dati relativi allo studio sono stati raccolti dal 20 maggio 2011 al 9 luglio 2011. I questionari sono stati somministrati appena prima o subito dopo la dimissione/ il ricovero.</p>

	Sui dati raccolti sono state effettuate l'analisi fattoriale esplorativa per conseguire la validità di costrutto e il calcolo dell'alfa di Cronbach al fine di verificare l'affidabilità.
Percorso sperimentale	Vedi Disegno Progettuale
Esiti/Outcome	<p>Il questionario ha raggiunto la validità di contenuto e di faccia. Per quanto riguarda la validità di costrutto, l'analisi fattoriale è stata ripetuta due volte perché la prima mostrava una correlazione lineare; è stato quindi eliminato un <i>item</i>. Dalla seconda analisi fattoriale sono emersi 5 fattori:</p> <ul style="list-style-type: none">- condizioni predisponenti la partecipazione della persona (0,74);- coinvolgimento reciproco (0,5);- coinvolgimento reciproco - autodeterminazione (0,38);- difficoltà nella partecipazione (0,39);- grado di partecipazione del personale nella soddisfazione di alcune necessità (0,27). <p>Il questionario è valido, ma affidabile per il primo fattore, scarsamente affidabile per il secondo, e inaffidabile per gli ultimi tre. Nel complesso non è affidabile (alfa di Cronbach medio 0,45).</p>

Titolo	Unità di valutazione infermieristica per le lesioni da pressione
Azienda	Antonio Cardarelli
Dipartimento/Distretto	Dipartimento Chirurgico
Unità operativa	Chirurgia Plastica
Città	Napoli
Indirizzo (della struttura)	Via Antonio Cardarelli 9
Email	enzolombardo@gmail.com
Referente (unico) per contatti	Lombardo Vincenzo
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	<p>Lombardo Vincenzo, Infermiere specializzato in <i>wound care</i> Migliaccio Ida, Infermiera Celseti Iolanda, Coordinatrice Infermieristica Valentino Mario, Coordinatore Infermieristico Sepe Chiara, Infermiera Ippolito Concetta, Infermiera Cali Anna, Infermiera Ruggiero Rosaria, Infermiera Giuliano Giovanni, Coordinatore Infermieristico Arena Gennaro, Coordinatore Infermieristico Nasti Pina, Coordinatrice Infermieristica Pagnozzi Eliana, Chirurgo Plastico Massa Rosamaria, Epidemiologa De Feo M.Eugenio, Diabetologo Amato Gerardo, Microbiologo Cillis M.Costanza, Nutrizionista Cozzi Roberto, Dermatologo Marmo Mariano, Medico Iperbarista Nicchia Annamaria, Farmacista</p>
	PROGETTO
Progetto iniziato il	Giugno 2007
Progetto terminato il	In corso
Obiettivo del Progetto	<ul style="list-style-type: none"> - Migliorare la qualità di vita dei soggetti ricoverati presso le nostre U.O. - Fornire alle U.O. linee guida per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione, allo scopo di uniformare i comportamenti assistenziali e terapeutici. - Fornire una guida che costituisca uno strumento formativo tale da far crescere la professionalità degli operatori e qualificare il servizio offerto. - Ottimizzare l'intervento sanitario. - Ottimizzare l'investimento delle risorse stanziato per la fornitura di dispositivi medici e di farmaci dall'Azienda.
Strutture coinvolte	Azienda
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuire l'incidenza delle lesioni da pressione privilegiando l'aspetto della prevenzione. - Adottare strumenti d'identificazione dei soggetti a rischio: l'utilizzo di una scheda di valutazione del rischio che segua il paziente durante il suo percorso ospedaliero offre la possibilità di: <ul style="list-style-type: none"> - conoscere realmente la situazione aziendale rispetto al problema e quindi fa crescere la soglia di attenzione clinica; - poter informare sui risultati ottenuti; - poter documentare che sia stato fatto quello che era umanamente e scientificamente possibile per la risoluzione del problema. - Correggere comportamenti terapeutici e assistenziali inappropriati. - Costituire linee guida aziendali e formulare protocolli d'intervento: l'introduzione di linee guida e protocolli aziendali determina la possibilità di un corretto percorso assistenziale relativo alle lesioni cutanee da

	<p>pressione, in quanto danno la certezza che i pazienti affetti da tale patologia siano curati in modo uniforme nell'ambito aziendale, tenendo conto delle realtà gestionali proprie dell'Azienda.</p> <ul style="list-style-type: none">- Responsabilizzare gli operatori nell'applicazione dei protocolli attraverso un aggiornamento continuo del personale: un aggiornamento continuo del personale tende ad aumentare le capacità professionali e nel contempo a ridurre atteggiamenti e pratiche non in linea con la <i>mission</i> aziendale.- Gestire gli ausili e i presidi per ogni singolo caso, introducendo un diverso sistema di approvvigionamento dei presidi e degli ausili idonei alla prevenzione e al trattamento delle lesioni. Il sistema in uso tiene conto di fattori legati a un approvvigionamento standard. Con un monitoraggio attento della situazione si può ipotizzare l'acquisto di medicazioni diversificate utili per ogni tipo di lesione.- Integrare il territorio: occorre una forte integrazione tra ospedale e territorio e ciò è possibile solo se il territorio fa riferimento alla gestione ospedaliera.
Percorso sperimentale	<ul style="list-style-type: none">- Compilazione della scheda di valutazione, per il monitoraggio del rischio, ad opera della U.O. di accettazione del paziente.- Richiesta d'intervento, da parte della U.O., all'Unità di Valutazione Infermieristica (U.V.I.) in presenza di lesioni da pressione.- Valutazione da parte della U.V.I. dello stadio e dello stato della lesione e successivo protocollo di trattamento in base alle linee guida aziendali.- Gestione dei presidi occorrenti, in concerto con il Servizio di Farmacia, attraverso la loro erogazione, il ritiro e il reimpiego di quelli non utilizzati.- Richiesta da parte della U.V.I. di consulenza medica specialistica ai consulenti del team.- Prescrizione del trattamento da seguire in terapia domiciliare.- Invio, da parte delle U.O., delle schede dei pazienti dimessi al gruppo multidisciplinare.- Registrazione e conservazione delle schede di valutazione.- Invio dei dati al Servizio Epidemiologico.- Collaborazione con le strutture di cura territoriali.

Titolo	Progetto per la creazione ufficiale di un Servizio medico-infermieristico Aziendale per l'impianto e la gestione dei cateteri venosi centrali a inserimento periferico (Picc)
Azienda	A. Cardarelli
Dipartimento/Distretto	Dipartimento Oncoematologico
Unità operativa	Oncologia
Città	Napoli
Indirizzo (della struttura)	Via A. Cardarelli 9
Email	enzofaraone72@libero.it
Referente (unico) per contatti	Faraone Vincenzo
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	<p>Carteni Giacomo, Direttore dell'U.O. di Oncologia medica, Responsabile del progetto</p> <p>Esposito Giovanni, Responsabile di struttura semplice di Ecografia interventistica, Referente e Responsabile Picc Team, U.O. Oncologia Medica</p> <p>Faraone Vincenzo, CPSI, Infermiere responsabile del Picc Team, U.O. Oncologia Medica</p> <p>Cammarota Giovanni, CPSI, Infermiere dell'U.O. Oncologia Medica</p> <p>Rubinacci Anna, CPSI, Infermiera dell'U.O. I° Ematologia</p> <p>Navar Gennaro, CPSI, Infermiere U.O. NCH Urgenza</p> <p>Della Rossa, Ciro CPSI, Infermiere U.O. II° Ematologia</p>
	PROGETTO
Progetto iniziato il	Marzo 2008
Progetto terminato il	In corso
Obiettivo del Progetto	<ul style="list-style-type: none"> - Identificazione delle indicazioni e controindicazioni all'impianto dei cateteri PICC e Midline; - adeguata scelta del <i>device</i>; - tutela del patrimonio venoso periferico; - prevenzione delle complicanze; - azzeramento dei rischi per l'operatore sanitario (es. puntura accidentale con relative complicanze infettive) con conseguenti costi aggiuntivi derivanti; - ottimizzazione dei costi; - completa autonomia nella gestione e nella richiesta del materiale da utilizzare per tutelarne la tracciabilità trasparente; - organizzazione di Corsi di formazione Aziendale per Personale Sanitario, finalizzato alla gestione degli accessi venosi a breve, medio e lungo termine; - comfort paziente; - corretta somministrazione di tutti i farmaci per via endovenosa in relazione all'osmolarità, al ph, e alle c.
Strutture coinvolte	Dipartimento/Distretto
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<ul style="list-style-type: none"> - Preservare il patrimonio venoso periferico; - evitare il disagio e lo stress provocati dalle venipunture multiple; - ridurre al minimo il rischio di flebite; - ridurre l'incidenza di complicanze, se comparato ad altri <i>device</i>; - eliminare i rischi associati all'impianto sul collo o sul torace, quali pneumotorace e perforazione dei grandi vasi, con relativi costi di gestione delle complicanze a essi associati; - ottimizzare il tempo; - riduzione del rischio di embolia gassosa; - abolire le emorragie incontrollabili, ematomi ed emotorace secondari alla puntura della carotide o della succlavia, che potrebbero causare conseguenze potenzialmente fatali; - ridurre dell'80% le infezioni legate al <i>device</i>, batteriemia o setticemia; - ridurre in modo sostanziale la trombosi venosa profonda legata al <i>device</i>; - costo/beneficio;

	<ul style="list-style-type: none">- corretta e sicura somministrazione di farmaci chemioterapici e nutrizione parenterale;- possibilità di impianto nei pazienti con coagulopatie, anemie e immunodepressione significative.
Percorso sperimentale	<p>Il servizio funzionerà tre volte a settimana nei giorni di lunedì, martedì e giovedì.</p> <p>Sarà individuato un ambiente (ambulatorio) dedicato esclusivamente all'espletamento del lavoro oggetto del Picc Team.</p> <p>Dovrà essere facilmente raggiungibile per i pazienti e dotato delle caratteristiche minime necessarie al regolare svolgimento di questo tipo di attività.</p> <p>Tutte le Unità Operative dell'Azienda saranno informate dell'istituzione ufficiale del Team presente in Azienda mediante comunicazione ufficiale da parte del medico responsabile del Team e dalla Direzione Sanitaria.</p> <p>Sarà redatto un modello di richiesta informatico che verrà utilizzato da tutte le U.O., in modo da poter richiedere ufficialmente al Team la prestazione per i propri pazienti; sarà inoltre attivo un numero di telefono cellulare unico per eventuali urgenze, che sarà in possesso del personale del team.</p> <p>Le richieste saranno analizzate singolarmente prima di eseguire la prestazione, in modo da evitare impianti del <i>device</i> fuori indicazione e orientare il paziente verso l'impianto più adatto a seconda dei parametri espliciti precedentemente.</p> <p>Inoltre, tutto il personale s'impegnerà a organizzare riunioni di formazione periodica e a dare informazione al personale medico e infermieristico delle altre U.O. per la corretta indicazione all'impianto e alla gestione del paziente portatore del <i>device</i>, in modo da evitare complicanze.</p>

Titolo	La ricerca del consenso su un prototipo di profilo di competenze dell'Infermiere inserito in un contesto ospedaliero di base: dalla concettualità ai risultati
Azienda	ASL AL
Dipartimento/Distretto	SITRO
Unità operativa	Formazione
Città	Ovada
Indirizzo (della struttura)	Via Ruffini 22
Email	mcamera@aslal.it
Referente (unico) per contatti	Camera Maria
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto/Sperimentazione	Camera Maria, CPSE
	PROGETTO
Progetto iniziato il	Gennaio 2010
Progetto terminato il	Settembre 2010
Obiettivo del Progetto/Sperimentazione	<p>Identificare e descrivere le competenze dei professionisti Infermieri, rispetto agli atti che compiono, all'interno dell'organizzazione sanitaria, in un ambito assistenziale specifico, in base a quanto previsto dal DM 739/94.</p> <p>Il presupposto di base è che specifiche competenze generano (o guidano) specifiche azioni le quali causano, o contribuiscono a produrre, specifici risultati-esiti sulle persone assistite.</p>
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p>L'obiettivo specifico è finalizzato alla costruzione del profilo prototipico di competenze dell'Infermiere inserito in un contesto ospedaliero di base e alla ricerca del consenso per la sua validazione da parte di un <i>panel</i> di esperti: Infermieri coordinatori e dirigenti infermieristici dell'ASO di Alessandria e dell'ASL AL.</p> <p>La scelta dell'ambito d'indagine – ASO e ASL AL della provincia di Alessandria – è dovuta allo svolgimento della mia attività di coordinatrice infermieristica, in passato presso l'ASO e attualmente presso l'ASL AL e, quindi, alla mia conoscenza del contesto.</p> <p>Costruito il profilo di competenze prototipico dell'Infermiere inserito nelle realtà organizzative ospedaliere sopra citate, per avvalorarne la scientificità si è reso indispensabile coinvolgere un gruppo di esperti composto da 152 Coordinatori infermieristici, 6 Dirigenti infermieristici e 2 Direttori del Servizio Infermieristico i quali, attraverso una <i>consensus conference</i> (conferenza di consenso), hanno espresso il loro parere circa le attività declinate all'interno dello strumento.</p> <p>I professionisti esperti sono stati chiamati ad analizzare le attività descritte all'interno del profilo di competenze dell'infermiere. A loro ho chiesto di indicare per ciascuna attività il loro livello di accordo o disaccordo, compilando una scala Likert da 1 a 5 (dove 1 è il totale disaccordo e 5 il totale accordo). Ho chiesto inoltre, se in disaccordo, di specificare le motivazioni.</p> <p>Tutto questo lavoro è stato preceduto dalla progettazione e dall'accreditamento di un Corso di formazione, in due edizioni, dal titolo: "<i>Dalle competenze ai profili di posto</i>", riservato agli Infermieri coordinatori e ai Dirigenti infermieristici dell'ASO e dell'ASL AL e che si è svolto nei mesi di aprile e giugno 2010, al quale hanno partecipato 60 Operatori, 30 per ogni edizione.</p> <p>L'obiettivo del Corso è stato duplice: da una parte formare, in tema di competenze e strumenti di gestione delle stesse, gli Operatori che avrebbero costituito il campione d'indagine, dall'altra individuare i criteri dei quali tener conto, in sede di conferenza di consenso, per la valutazione delle attività descritte all'interno del profilo prototipico dell'Infermiere.</p>

	<p>I criteri individuati sono:</p> <ul style="list-style-type: none">- osservabilità delle attività;- livello di discrezionalità espresso;- specificità professionale;- pertinenza delle attività al Profilo (DM 739/94);- logicità dell'articolazione delle attività.
Percorso sperimentale	<p>Il metodo scelto per raggiungere gli obiettivi prefissati s'inquadra nell'ambito della ricerca qualitativa ad approccio <i>evidence based</i>. La ricerca del consenso è avvenuta utilizzando il metodo della <i>consensus conference</i>, utilizzando come riferimento le indicazioni contenute nel Manuale metodologico "<i>Come organizzare una conferenza di consenso</i>" del Sistema nazionale per le linee guida (SNLG).</p> <p>Nel profilo di competenze dell'Infermiere, così com'è nella sua versione definitiva elaborata in base ai dati derivanti dalla conferenza di consenso, vengono descritte le attività secondo quanto previsto dal Profilo Professionale. A queste attività corrispondono competenze infermieristiche generali, ovvero la "soglia" necessaria per ricoprire adeguatamente il ruolo richiesto in un contesto assistenziale ospedaliero di base.</p>
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none">- Osservabilità delle attività.- Livello di discrezionalità espresso.- Specificità professionale.- Pertinenza delle attività al Profilo (DM 739/94).- Logicità dell'articolazione delle attività.

Titolo	Un Infermiere in famiglia
Azienda	Policlinico di Palermo
Dipartimento/Distretto	Dipartimento Biomedico di Medicina Interna e Specialistica
Unità operativa	Medicina Interna e Cardioangiologia
Città	Palermo
Indirizzo (della struttura)	Via del Vespro, 129
Email	niky_bv@hotmail.it
Referente (unico) per contatti	Bono Viviana , Infermiera
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Merendino Domenico , Medico
	PROGETTO
Progetto iniziato il	
Progetto terminato il	
Obiettivo del Progetto	Nella gestione delle cure primarie, l'Infermiere collaborerà con il Medico di Medicina Generale all'interno degli ambulatori, svolgendo attività di collaborazione professionale al fine di soddisfare il bisogno di salute di ogni assistito. Svolge assistenza in équipe col Medico di Medicina Generale, qualora si ritenga necessario provvede alla somministrazione e/o all'attuazione sia di terapie estemporanee sia di altri interventi di natura infermieristica.
Strutture coinvolte	Azienda
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Ogni Ambulatorio di Medicina Generale dovrà prevedere al suo interno una medicheria dove opererà il Medico di Medicina Generale, una sala di attesa e un'infermeria dove troverà collocazione l'Infermiere professionale. Le stanze dovranno essere provviste di computer con software di gestione medico-infermieristico. Ogni utente dovrà avere un accesso con <i>password</i> in modo da regolarizzare gli accessi per annotare gli interventi eseguiti. Compito dell'Infermiere sarà anche quello di filtrare le visite al Medico, eseguendo una sorta di <i>triage</i> , e di provvedere alla rilevazione della PAO e della FC. All'interno dell'infermeria si potranno eseguire medicazioni in presenza del Medico, nel caso di prima medicazione, o in totale autonomia, nel caso di medicazioni successive, somministrazioni di terapie iniettive, di flebo, cateterismo e/o lavaggio vescicale, e si presterà collaborazione all'attività medico-burocratica.
Percorso sperimentale	Assegnazione di un Infermiere a un Ambulatorio di Medicina Generale
Indicatori di processo	Questionari di gradimento per i pazienti
Indicatori di risultato	Tempi di attesa ridotti dei pazienti all'interno degli studi medici, valutazione dei questionari di gradimento e valutazione del numero degli assistiti iscritti presso un ambulatorio di medicina generale con all'interno un infermiere.
Esiti/Outcome	I pazienti avranno a disposizione una nuova figura professionale ambulatoriale che interagisce con il Medico e collabora affinché insieme possano soddisfare i bisogni di salute di ogni assistito. La scelta di iniziare un trattamento ospedaliero con terapia iniettiva, come ad esempio antibiotico terapia per uso endovenoso, è riservata attualmente al personale ospedaliero. Ciò non impedisce, tuttavia, dopo la diagnosi e il trattamento, il mantenimento della continuità assistenziale ospedale-territorio a carico del SSN che potrà essere garantita grazie all'Infermiere di famiglia in collaborazione con il MMG, nel rispetto della normativa vigente (ad esempio Nota 56).

Titolo	Percorso Clinico-Diagnostico per un'assistenza di qualità in ambulatorio di fluorangiografia e terapia fotodinamica in una Clinica Oculistica di Parma
Azienda	Ospedaliera Università di Parma
Dipartimento/Distretto	Testa-Collo
Unità operativa	Oculistica Ambulatori
Città	Parma
Indirizzo (della struttura)	Via Gramsci 14
Email	Urp@Ao.Pr.It
Referente (unico) per contatti	Casubolo Cristina
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Casubolo Cristina , Infermiera Ratti Cinzia , Infermiera
	PROGETTO
Progetto iniziato il	11 maggio 2010
Progetto terminato il	28 agosto 2011
Obiettivo del Progetto	<ul style="list-style-type: none"> - Definire i criteri di accesso all'esame di Fluorangiografia: primo esame e controlli successivi (<i>follow-up</i>). - Individuare i/le pazienti con retinopatia diabetica suscettibili di trattamento foto coagulativo. - Individuare i/le pazienti con Maculopatia suscettibili di trattamento con Terapia Fotodinamica o Puntura Intravitreale (es. Avastin, etc.). - Minimizzare gli effetti collaterali del trattamento.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<ul style="list-style-type: none"> - Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare. - Revisione della letteratura scientifica e delle principali linee-guida internazionali.
Percorso sperimentale	La raccolta dati per il miglioramento del servizio è <i>in progress</i> . In progress anche il percorso sperimentale, con modifiche inerenti ai dati raccolti.
Indicatori di processo	Reazione allergica al M.D.C. (di grado variabile).
Indicatori di risultato	Nessuna reazione allergica.

Titolo	La sorveglianza dei Cateteri Venosi Centrali
Azienda	ASL TO 3
Dipartimento/Distretto	OO.RR. Pinerolo
Unità operativa	Dialisi Territoriale
Città	Pinerolo
Indirizzo (della struttura)	Via Brigata Cagliari 37
Email	fabrizio.polverini@unito.it
Referente (unico) per contatti	Fabrizio Polverini , Coordinatore SITR
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Bertinat Grazia , CPSE Inf. Scalerandi Paola , CPS Inf. Panella Mariangela , CPS Inf. Galetto Cinzia , CPS Inf. Stella Davide , CPS Inf. Galeotti Lucio , Tecnico di emodialisi
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	1° gennaio 2011
Sperimentazione terminata il	30 giugno 2011
Obiettivo del Sperimentazione	Valutare la funzionalità di uno strumento per la sorveglianza del CVC a permanenza per il trattamento dialitico. Gli obiettivi secondari sono: 1) Ridurre al minimo le complicanze potenzialmente correlabili all'utilizzo del CVC. 2) Raccogliere dati oggettivi sull'incidenza e la prevalenza delle complicanze. 3) Modificare il comportamento degli operatori sanitari nella gestione dei presidi e delle complicanze dei medesimi.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Sperimentazione	Monoprofessionale
Disegno progettuale	Gli interventi per poter raggiungere gli obiettivi sono stati orientati sia al personale infermieristico sia al/lla paziente, in modo che egli stesso sia in grado di effettuare autosorveglianza. - Il primo intervento è stato mirato a informare la persona assistita sui rischi e benefici del presidio di dialisi che le verrà impiantato e ottenere il suo consenso; successivamente, la persona assistita è stata educata a riconoscere autonomamente e precocemente i sintomi di un problema CVC correlato. Nel caso di soggetti non collaboranti è stato fondamentale coinvolgere la famiglia o il personale del luogo di cura. - Il secondo intervento è stato quello di elaborare sia i protocolli per la medicazione del CVC, sia le schede di valutazione, uno strumento che consente una valutazione obiettiva delle condizioni del CVC. - Sono stati programmati degli incontri con tutto il personale del Servizio di Emodialisi, per discutere delle problematiche che emergevano nella gestione del presidio. - Infine, il personale OSS è stato coinvolto nella medicazione dei CVC, in modo che fossero presenti nell'attività di stacco e attacco della dialisi, al fine di evitare che il personale infermieristico adottasse manovre improprie.
Percorso sperimentale	La scheda, uno strumento di valutazione dei CVC di veloce compilazione, è stata elaborata dagli infermieri della S.S. di Dialisi Territoriale nell'anno 2010. È stata sperimentata per 2 mesi nella dialisi territoriale (novembre e dicembre 2010); dopo essere stata modificata per renderla più funzionale, dal mese di gennaio 2011 è stata implementata in dialisi territoriale (DLT) e in dialisi ospedaliera (DLO). L'elaborazione delle schede è stata realizzata dopo 3 e 6 mesi di sperimentazione, al fine di poter operare un confronto dei dati. Attualmente la scheda è adottata per tutti/e i/le pazienti portatori di un CVC sia presso la DLS (32%) sia presso la DLO (68%). La scheda è facilmente reperibile da tutti gli Infermieri su sistema informatico. Viene compilata e allegata alla cartella di dialisi subito dopo

	<p>l'inserimento del CVC.</p> <p>La scheda raccoglie informazioni in merito a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dati anagrafici - Dati relativi all'inserimento del CVC - Dati relativi alle caratteristiche del CVC inserito (tipologia e lunghezza) - Dati relativi alle condizioni dell'<i>exit-site</i>, pervietà e funzionamento - Dati relativi alla gestione del CVC in caso di infezione dell'<i>exit-site</i>. <p>La scheda viene utilizzata secondo i protocolli di gestione dell/la paziente dializzato in uso presso la nostra Struttura, nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - misurazione della branca venosa e arteriosa 1 volta la settimana; - medicazione effettuata prima di tutte le dialisi per coloro che effettuano 3 trattamenti dialitici la settimana oppure ogni 48 ore, se pulita, per coloro che eseguono la dialisi quotidiana. <p>L'<i>exit-site</i> è valutato durante la medicazione e può essere considerato:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Normale: se non sono presenti arrossamento e secrezioni. 2. Arrossato 1° grado: se lievemente arrossato. 3. Arrossato 2° grado: se molto arrossato ma non dolente. 4. Arrossato 3° grado: se molto arrossato e dolente.
<p>Indicatori di processo</p>	<p>La compilazione costante e continua della scheda consente di mantenere sotto controllo il presidio e quindi di poter intervenire con tempestività in caso di anomalie della sua funzionalità.</p> <p>Nello specifico, la compilazione permette di individuare:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la fuoriuscita dei CVC dalla sede e relativi interventi. Nella scheda viene indicato il numero d'interventi tempestivi per la risoluzione delle anomalie rispetto al numero di anomalie riscontrate; 2. l'arrossamento dell'<i>exit-site</i> e relativo trattamento. La scheda individua il numero di <i>exit-site</i> arrossati e l'utilizzo dell'antibiotico locale rispetto al numero di trattamenti dialitici; 3. la correlazione tra medicazione aperta e arrossamento dell'<i>exit-site</i>. La scheda individua il numero di <i>exit-site</i> arrossati rispetto ai pazienti con medicazione chiusa o aperta.
<p>Indicatori di risultato</p>	<p>L'utilizzo della scheda ha permesso di individuare i seguenti indicatori e relativi esiti/<i>outcome</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Fuoriuscita del CVC dalla sede</i> <ul style="list-style-type: none"> - In DLO, nel primo trimestre 2011, 3 pazienti hanno avuto bisogno dell'allungamento del catetere (sup. a 3 cm) e in 2 casi è stata necessaria la loro sostituzione perché mal funzionanti; nel secondo trimestre 2011 è stata necessaria la loro sostituzione in un solo caso. - In DLT, nel primo trimestre 2011, 3 pazienti hanno avuto bisogno di un allungamento del CVC (sup. a 3 cm) ma in un solo caso è stata necessaria la sostituzione. Nel secondo trimestre, 5 pazienti hanno avuto bisogno di un allungamento del CVC (di circa 0,5 cm) ma nessuno è stato sostituito. 2. <i>Arrossamento dell'exit-site</i> <ul style="list-style-type: none"> - In DLO, nel primo trimestre 2011, 12 pazienti hanno presentato un arrossamento, per 4 pazienti è stato necessario l'antibiotico locale e per 1 l'antibiotico sistemico; nel secondo trimestre 2011, 17 pazienti hanno presentato un arrossamento, per 8 pazienti è stato necessario l'antibiotico locale e per 7 pazienti è stato prescritto l'antibiotico sistemico. - In DLT, nel primo trimestre 2011, 5 pazienti hanno avuto un arrossamento trattato con antibiotico locale e in 1 solo caso è stato necessario l'antibiotico sistemico; nel secondo trimestre 5 pazienti hanno presentato un arrossamento e in questi casi è stato sufficiente somministrare l'antibiotico locale.

	<p>3. <i>Correlazione tra condizione della medicazione e arrossamento dell'exit-site</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - In DLO, nel primo trimestre 2011, 9 pazienti non hanno avuto arrossamenti e la medicazione è sempre rimasta <i>in situ</i>, 12 pazienti hanno presentato un arrossamento dell'<i>exit-site</i> avendo sempre avuto le medicazioni <i>in situ</i>, 6 pazienti hanno presentato un arrossamento dell'<i>exit-site</i> con la medicazione aperta; nel secondo trimestre 2011, 7 pazienti hanno avuto la medicazione aperta e hanno presentato un arrossamento dell'<i>exit-site</i> e 12 pazienti hanno avuto un arrossamento, nonostante avessero sempre avuto la medicazione <i>in situ</i>. - In DLT, nel primo trimestre 2011, 5 pazienti non hanno avuto arrossamenti e la medicazione è sempre rimasta <i>in situ</i>, 1 paziente ha avuto più volte la medicazione aperta senza arrossamenti dell'<i>exit-site</i>, 2 pazienti hanno avuto un arrossamento dell'<i>exit-site</i> avendo sempre avuto la medicazione <i>in situ</i> e 5 pazienti hanno presentato un arrossamento in seguito alla medicazione aperta. <p>Nel secondo trimestre 2011, a 3 pazienti è stata aperta la medicazione e hanno presentato un arrossamento dell'<i>exit-site</i> e 3 pazienti hanno avuto un arrossamento, nonostante avessero sempre avuto la medicazione chiusa.</p>
<p>Esiti/Outcome</p>	<p>In merito agli indicatori di processo, per tutti e 3 i punti si è intervenuto in modo tempestivo.</p> <p>Grazie alla scheda si è potuto dimostrare che un catetere era fuoriuscito di 3 cm dal giorno che erano stati rimossi i punti di ancoraggio alla dialisi successiva, senza che ci fosse stata la minima trazione dall'esterno.</p> <p>In seguito alla tempestiva valutazione delle misure e dimostrando la corretta gestione della medicazione, si è riusciti a individuare precocemente la causa della fuoriuscita del catetere stesso e a intervenire per garantire la seduta dialitica della paziente.</p> <p>In un secondo caso di una paziente con mammelle voluminose, un catetere era fuoriuscito a causa di un tunnel verticale: modificando la tipologia della medicazione, i cateteri non si sono più mossi.</p> <p>La scheda presenta i seguenti aspetti positivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rapido inserimento dei dati; - semplice compilazione nei data base; - visualizzazione rapida del funzionamento del presidio e delle condizioni dell'<i>exit-site</i> del paziente; - visualizzazione degli interventi effettuati sul presidio in caso di infezione o malfunzionamento; - rapida valutazione oggettiva degli interventi; - uniformità degli interventi da parte di tutti gli operatori; - ottima accoglienza da parte degli Infermieri e dei dirigenti. <p>Come per tutti gli strumenti da poco applicati, non mancano gli aspetti negativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - necessità di ampio spazio per l'archiviazione, essendo un documento cartaceo; - rischio di smarrimento; - rallentamento nell'analisi dei dati: i dati ottenuti devono essere riportati su una casella <i>Excel</i> per essere elaborati e analizzati. <p>Dal momento in cui è stata utilizzata la scheda, si riscontra una maggior attenzione da parte del gruppo di lavoro nella valutazione degli interventi sul presidio. Inoltre, si è potuto dimostrare quanto è importante la collaborazione del/lla paziente della gestione del CVC. L'informazione e la formazione del/lla paziente e dei familiari nelle fasi iniziali sono fondamentali affinché si possa conciliare la "libertà" del/lla paziente a domicilio e la gestione del presidio per il trattamento dialitico.</p>

Titolo	Creazione e implementazione di uno strumento che consenta al professionista Infermiere la corretta individuazione e utilizzo dei presidi antidecubito
Azienda	ASL TO 3
Dipartimento/Distretto	Direzione Sanitaria
Unità operativa	SITR
Città	Pinerolo
Indirizzo (della struttura)	Via Brigata Cagliari 37
Email	fabrizio.polverini@unito.it
Referente (unico) per contatti	Polverini Fabrizio , Coordinatore SITR
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Chiattonne Anna , CPSE Inf. Pero Monica , CPS Inf. Von Pinoci Marina , Dirigente Medico di Presidio Ospedaliero presso OO.RR. Pinerolo
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	1° novembre 2010
Sperimentazione terminata il	31 settembre 2011
Obiettivo della Sperimentazione	Standardizzare il processo di scelta dello specifico prodotto e identificare le quantità necessarie, con il supporto della valutazione sistematica dell'appropriatezza dell'utilizzo dei presidi, al fine di: 1) ridurre la variabilità di richiesta dei diversi presidi, attraverso l'utilizzo sistematico dello strumento predisposto nei Reparti pilota; 2) ridurre l'incidenza delle LDP attraverso l'utilizzo dei dispositivi antidecubito indicati dallo strumento adottato, rispetto ai dati emersi dallo studio retrospettivo; 3) ridurre i costi relativi all'utilizzo delle medicazioni avanzate per la prevenzione/trattamento delle LDP.
Strutture coinvolte	Dipartimento/Distretto
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	1) Analisi della letteratura 2) Realizzazione dello strumento 3) Implementazione dello strumento 4) Utilizzo dei dispositivi secondo lo strumento guida 5) Studio prospettico sull'incidenza LDP 6) Analisi retrospettiva dei costi 7) Analisi dei costi dopo l'introduzione della nuova tecnologia.
Percorso sperimentale	1. <i>Analisi della letteratura e realizzazione dello strumento:</i> - creazione di un gruppo di lavoro per la ricerca bibliografica; - individuazione della strategia d'intervento; - individuazione di uno strumento per standardizzare il processo di scelta del corretto presidio; - riunione con Coordinatori, Infermieri e Personale Medico per la condivisione del progetto; - riunione formativa sull'utilizzo dello strumento; - standardizzazione dell'utilizzo dello strumento; - definizione da parte del gruppo di lavoro del tempo di osservazione; - riunione informativa con i coordinatori e Infermieri dei Reparti pilota; - inizio rilevazione; - definizione con l' <i>équipe</i> infermieristica delle criticità e dei risultati ottenuti e degli eventuali correttivi derivanti dall'utilizzo dello strumento. 2. <i>Studio prospettico incidenza LDP:</i> - creazione del gruppo di lavoro per analisi della documentazione assistenziale dei Reparti pilota; - predisposizione di una griglia da analisi;

	<ul style="list-style-type: none">- analisi della documentazione reperita;- presentazione e condivisione dei risultati. <p>3. <i>Analisi retrospettiva dei costi:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- creazione di un gruppo di lavoro per la ricerca della documentazione disponibile in Direzione Sanitaria e Farmaci;- analisi della documentazione;- presentazione dei risultati. <p>4. <i>Analisi dei costi dopo l'introduzione della nuova tecnologia (strumento-guida):</i></p> <ul style="list-style-type: none">- creazione gruppo di lavoro per la ricerca della documentazione necessaria e disponibile in Direzione Sanitaria e Farmacia;- analisi della documentazione;- presentazione dei risultati.
Indicatori di processo	Utilizzo sistematico dello strumento elaborato. Corrette richieste presidi LDP.
Indicatori di risultato	Riduzione incidenza LDP. Riduzione dei costi delle medicazioni avanzate.
Esiti/Outcome	Incidenza < del 10% delle LDP. < della spesa su presidi LDP e Medicazione avanzate.

TITOLO	Home care e Coaching familiare
Azienda	Azienda USL 7 SIENA
Dipartimento/Distretto	Dipartimento Infermieristico Ostetrico
Unità operativa	Area Territoriale
Città	Poggibonsi
Indirizzo (della struttura)	Piazzale Rosselli, 26
Email	o.poeta@usl7.toscana.it
Referente (unico) per contatti	Ornella Poeta , Dirigente infermieristico
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Lisi Antonella , Infermiera Coordinatrice Area territoriale, Sezione domiciliare ELSA Ciulli Stefania , Infermiera Coordinatrice Area territoriale, Sezione domiciliare ELSA Campolmi Carla , Infermiera Coordinatrice Area territoriale, Sezione domiciliare ELSA
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	2007
Sperimentazione terminata il	In corso
Obiettivo della Sperimentazione	<ul style="list-style-type: none"> - Implementare la cultura del cambiamento orientata alla qualità e al miglioramento continuo. - Valorizzare l'attività di cura infermieristica domiciliare e aumentare la <i>job satisfaction</i>. - Ridurre le chiamate improprie al 118.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto
Sperimentazione	Monoprofessionale
Disegno progettuale	Pianificazione di <i>audit</i> di apprendimento organizzativo (<i>Learning Audit</i>) orientati a progetti di miglioramento operativo, gestionale e strategico, dove la progettazione e la gestione del processo dipende dagli operatori.
Percorso sperimentale	L'avvio del percorso di apprendimento è avvenuto nel 2007, con intervista agli operatori mirata a individuare quattro problemi principali nello svolgimento delle loro attività. I contratti di apprendimento iniziati nel 2007 vengono rinnovati ogni anno, gli operatori sono impegnati a ridisegnare complessivamente i processi delle cure infermieristiche domiciliari. È stato avviato un modello organizzativo basato sul <i>Team Nurse</i> centrato sull'utente e su processi di cura infermieristica orientati all'educazione e all' <i>empowerment</i> della persona o del <i>caregiver</i> . È stata completata la revisione della documentazione infermieristica, con attenzione alla pianificazione, ai processi educativi, alla redazione di <i>planning</i> educativi e opuscoli informativi. Sono stati strutturati percorsi integrati per le malattie croniche.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - N. operatori formati - N. processi educativi redatti/implementati
Indicatori di risultato	L'intero processo è stato valutato con: <ul style="list-style-type: none"> - questionario agli operatori sulle aree dei principali processi di apprendimento del <i>Learning Audit</i>; - questionari di gradimento agli utenti e <i>caregiver</i>; - studio prospettico/osservazionale sullo stress dei <i>caregiver</i> con persone con disabilità; - monitoraggio delle ore/costi degli interventi a bassa intensità; - controllo delle chiamate al 118; - controllo ROI (<i>Return On Investment</i>) e CBA (analisi costi/benefici) della formazione; - riduzione prestazioni infermieristiche bassa intensità assistenziale.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Gradimento soggetti coinvolti (operatori, <i>caregiver</i>, utenti). - Implementazione modelli concettuali e organizzativi professionalizzanti. - Creazione di un ambiente favorevole all'appartenenza, alla motivazione, all'apprendimento continuo e al potenziamento delle <i>performance</i> del singolo e del gruppo. - Ritorno oggettivabile per l'Azienda dei costi della formazione.

Titolo	La narrazione come "cura" dell'anima per Infermieri e Medici
Azienda	ASL CN1
Dipartimento/Distretto	Distretto Savigliano-Fossano
Unità operativa	Distretto Racconigi
Città	Racconigi
Indirizzo (della struttura)	Via Ospedali
Email	carlacaterina.chialva@aslcn1.it
Referente (unico) per contatti	Chialva Carla , Infermiera
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Adele Calori , Coordinatrice Alessandra Favero , Medico Barbara Rizzi , Medico Bruno Andreani , Medico Carla Chialva , Infermiera Cristiana Gerosa , Infermiera Daniela De Maria , Infermiera Graziella Falcone , Infermiera Marica Lucchiari , Infermiera Mirella Giavazza , Infermiera Valeria Bossotti , Infermiera
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	2009
Progettazione terminata il	2011
Obiettivo del Progetto	Ognuno di noi ogni giorno racconta qualcosa: raccontiamo noi stessi agli altri, raccontiamo avvenimenti del nostro passato, raccontiamo le nostre aspettative per il futuro. La narrazione dell'esperienza personale dovrebbe avere un ruolo significativo anche nelle relazioni di cura perché, quando la sofferenza viene inserita in racconti reali e diventa condivisibile, si trasforma in risorsa.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Fissare con la narrazione scritta esperienze professionali con pazienti in fase di fine vita, che sono state molto impegnative dal punto di vista relazionale ed emotivo.
Percorso sperimentale	Durante il 9°, 10°, 11° <i>Master</i> gli operatori hanno rivisto le proprie esperienze professionali di assistenza ai pazienti in fase di fine vita. Sulla base di questa revisione ogni operatore ha indentificato un'esperienza, che è stata narrata per iscritto. Tale narrazione è stata poi audioregistrata. L'operatore ha scelto specifiche immagini e/o musica per accompagnare la sua narrazione. Le narrazioni sono state poi ordinate, con le relative immagini e musiche, al fine di produrre il video. Il video ha una durata di circa 30 minuti. Link per scaricare il video https://rapidshare.com/files/763677274/IPASVI_2012.wmv .

Titolo	Educazione terapeutica per utenti con scompenso cardiaco
Azienda	Ausl Reggio Emilia
Dipartimento/Distretto	DCP Distretto di Reggio Emilia
Unità operativa	Poliambulatorio
Città	Reggio Emilia
Indirizzo (della struttura)	Viale Monte San Michele 8
Email	gambaratif@ausl.re.it
Referente (unico) per contatti	Franca Gambarati , Coordinatore
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Bertoncin Federica , Infermiera Catellani Rina , Infermiera Bigi Mirella , Infermiera Russo Lucia , Infermiera Manzini Antonella , Infermiera Vastano Luisa , Cardiologa Franceschetti Paola , Cardiologa Torelli Fausto , Cardiologo
	PROGETTO
Progetto iniziato il	Dicembre 2010
Progetto terminato il	In corso
Obiettivo del Progetto	Per l'utente con scompenso cardiaco: - favorire una migliore qualità di vita; - migliorare l'aderenza alla terapia; - migliorare gli stili di vita.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	- Presa in carico degli utenti arruolati nel "percorso scompenso": - organizzazione di incontri educativi; - contatti con MMG; - contatti telefonici con utenti.
Percorso sperimentale	- Colloquio individuale con utenti arruolati. - Incontri per piccoli gruppi condotti da Medico e Infermiera. - Formulazione diagnosi educativa. - <i>Chek list</i> telefonica a tre mesi dall'incontro. - Mail al MMG dopo gli incontri educativi.
Indicatori di processo	- N. utenti arruolati nel progetto/N. utenti attesi >80% - N. utenti che completano gli incontri/N. utenti arruolati nel progetto > 70%
Indicatori di risultato	- Miglioramento della conoscenza della malattia (questionario di apprendimento). - Miglioramento qualità di vita (questionario). - Riduzione ospedalizzazione e reospedalizzazione.
Esiti/Outcome	Al novembre 2011 sono stati circa 40 gli utenti che hanno aderito al progetto educativo.

Titolo	Validazione dello strumento di valutazione del tirocinio
Azienda	Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
Dipartimento/Distretto	Facoltà di Medicina e Chirurgia
Unità operativa	Corso di laurea in Infermieristica, sede di Reggio Emilia
Città	Reggio Emilia
Indirizzo (della struttura)	Padiglione De Santis, via Amendola 2, 42123 Reggio Emilia
Email	daniela.mecugni@unimore.it
Referente (unico) per contatti	Mecugni Daniela
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	<p>Mecugni Daniela, Coordinatrice del Corso di laurea in Infermieristica (sede di Reggio Emilia), Ricercatore MED/45, Scienze Infermieristiche Generali, Cliniche e Pediatriche, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia</p> <p>Finotto Stefano, Coordinatore infermieristico e <i>Tutor</i> del CdL in Infermieristica di Reggio Emilia</p> <p>Gradellini Cinzia, Coordinatrice infermieristica, <i>Tutor</i> e Docente incaricato di Metodologia Infermieristica, CdL in Infermieristica di Reggio Emilia</p> <p>Amaducci Giovanna, Coordinatrice infermieristica, <i>Tutor</i> e Docente incaricato di Infermieristica Generale, CdL in Infermieristica di Reggio Emilia</p>
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	31 gennaio 2011
Sperimentazione terminata il	In corso
Obiettivo della Sperimentazione	Il presente studio nasce dall'esigenza di revisionare il tirocinio clinico e i relativi strumenti didattici in funzione dell'adeguamento del piano di studi previsto dal DM 270 del 2004. Lo scopo è di effettuare la validazione di contenuto, di affidabilità, di consistenza interna e di costruito dello strumento di valutazione del tirocinio clinico attualmente utilizzato presso il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Modena e Reggio Emilia, sede di Reggio Emilia.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Altre Aziende/Altro
Sperimentazione	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p>L'accertamento delle competenze degli studenti in clinica continua a essere una sfida per gli enti formativi, poiché molte istituzioni hanno trovato difficoltà a sviluppare strategie efficaci.</p> <p>Fornire una valutazione coerente della performance in contesto clinico è un momento critico (Cassidy 2009). La valutazione dovrebbe assicurare equità e coerenza, pur nella diversità di <i>setting</i> e formatori (Fothergill Bourbonnais <i>et al.</i> 2008). La soggettività e la variabilità tra valutatori è un grande problema nell'accertamento delle <i>performance</i> cliniche e nel processo di valutazione. Quest'ultimo dovrebbe essere supportato da strumenti che utilizzano indicatori pertinenti alla realtà della pratica, che facilitino l'apprendimento e garantiscano un grado di oggettività accettabile. La maggiore sfida di ogni processo di accertamento è l'obiettività, poiché esso è basato su un giudizio di valore che cambia da persona a persona (Chapman 1999).</p> <p>Molti strumenti di accertamento creati sono stati criticati per non tenere in considerazione il contesto reale dell'assistenza. In effetti, con l'incremento della complessità dei servizi, dei ricoveri ospedalieri di soli pazienti acuti e con l'aumento degli studenti, si impongono cambiamenti nell'accertamento della <i>performance</i> clinica (Nicol <i>et al.</i> 1998).</p> <p>Anche in Italia, sulla spinta provocata dall'evoluzione della professione infermieristica e il conseguente riordino del percorso di studi, il tema della valutazione clinica e degli strumenti didattici di supporto si sta sviluppando, aprendo ambiti di ricerca dedicati alla validazione di tali strumenti (Alvaro <i>et al.</i> 2009).</p> <p>Per condurre il processo di validazione è stato assunto il modello di De Vellis, Bowling, Strainer:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - validità di facciata e contenuto; - consistenza interna e stabilità dello strumento; - validità di costruito (analisi fattoriale). <p>Non valutata la validità di criterio in quanto non esiste uno strumento italiano considerato <i>gold standard</i>.</p>
Percorso sperimentale	<p><i>Campione</i> Non probabilistico di convenienza composto da 339 schede di valutazione di tirocinio di studenti di 1°, 2° e 3° anno accademico del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Modena e Reggio Emilia, sede di Reggio Emilia. Per calcolare la dimensione del campione ci si è avvalsi del supporto di uno statistico.</p> <p><i>Strumento di raccolta dati</i> Scheda di valutazione del tirocinio del Corso di laurea in Infermieristica dell'Università di Modena e Reggio Emilia, sede di Reggio Emilia.</p> <p><i>Modalità di raccolta dati</i> I dati sono stati raccolti direttamente dalle schede di valutazione del tirocinio, al termine dei tirocini di 1°, 2° e 3° dell'a.a. 2010-2011, nello specifico a partire dal 31 gennaio 2011.</p> <p><i>Analisi dei dati</i> Per l'analisi dei dati ci si avvale del supporto di uno statistico che applicherà i test più adatti all'elaborazione dei dati in funzione degli obiettivi dello studio (analisi statistica descrittiva, Alfa di Cronbach; test di Correlazione inter-item).</p>
Indicatori di processo	<p>Le schede di valutazione del tirocinio sono state compilate (<i>gold standard</i> 100%). I dati saranno inseriti nel database predisposto dallo statistico (<i>gold standard</i> 100%).</p>
Indicatori di risultato	Analisi statistica descrittiva, Alfa di Cronbach; test di Correlazione <i>inter-item</i> .
Esiti/Outcome	Non ancora prodotti.

Titolo	Il processo <i>Evidence Based Practice</i> nella formazione di I livello: un percorso triennale
Azienda	Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
Dipartimento/Distretto	Corso di laurea in Infermieristica, sede di Reggio Emilia
Unità operativa	Corso di laurea in Infermieristica, sede di Reggio Emilia
Città	Reggio Emilia
Indirizzo (della struttura)	Padiglione De Sanctis, via Amendola, 2 42123 Reggio Emilia
Email	daniela.mecugni@unimore.it
Referente (unico) per contatti	Mecugni Daniela
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	<p>Mecugni Daniela, Coordinatrice Corso di laurea in Infermieristica, sede di Reggio Emilia, Ricercatore MED/45, Scienze Infermieristiche generali, cliniche e pediatriche Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia</p> <p>Camellini Riccarda, Coordinatrice infermieristica, <i>Tutor</i> e Docente incaricato del CdL in Infermieristica, sede di Reggio Emilia</p> <p>Casadei Turrone Elena, AFD, Coordinatrice infermieristica e <i>Tutor</i> del CdL in Infermieristica, sede di Reggio Emilia</p> <p>Finotto Stefano, Coordinatore Infermieristico e <i>Tutor</i> del CdL in Infermieristica, sede di Reggio Emilia</p> <p>Gradellini Cinzia, <i>Tutor</i> e Docente incaricato del CdL in Infermieristica, sede di Reggio Emilia</p> <p>Chiara Marmioli, <i>Tutor</i> e Docente incaricato del CdL in Infermieristica, sede di Reggio Emilia</p>
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Novembre 2009
Sperimentazione terminata il	Marzo 2011
Obiettivo della Sperimentazione	Verificare la percezione dell'utilità del percorso triennale EBP da parte degli studenti relativamente alla costruzione della tesi di laurea, alla ricerca di adeguate risposte assistenziali per i pazienti incontrati nei tirocini clinici e all'utilità del processo EBP pensando allo sviluppo della propria carriera professionale.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Sperimentazione	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p>Negli ultimi dieci anni, la rapida diffusione dell'EBM in ambito medico ha influenzato le altre discipline sanitarie, compresa quella infermieristica (EBN), fino ad arrivare alla definizione di una pratica basata sulle evidenze (EBP).</p> <p>Nel 2001, il Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia ha istituito un laboratorio di EBP, con l'intento di formare Infermieri consumatori di evidenza scientifica; a partire dall'anno accademico 2005-2006, tale laboratorio ha assunto struttura triennale, integrata agli insegnamenti infermieristici e al tirocinio.</p> <p>Il curriculum del laboratorio triennale EBP prevede un progressivo approfondimento del processo <i>evidence-based</i> e una consequenzialità di obiettivi e competenze, facendo riferimento al binomio pratica-evidenza. I laboratori prevedono un rapporto discente/studente di uno a venti e per tutti è prevista una parte introduttiva affrontata dalle discipline infermieristiche, riguardante concetti teorici.</p> <p>Il focus del laboratorio di primo anno è orientato ad abilità di riconoscimento dei problemi infermieristici, per poi elaborarli con metodologia PICO (<i>Patient, Intervention, Comparison, Outcome</i>); il tirocinio di anno richiede, inoltre, la definizione di problemi infermieristici per i quali la pratica non è basata sull'evidenza.</p> <p>Nel laboratorio di secondo anno gli studenti sono introdotti alle Banche Dati Elettroniche (BDE); durante il primo tirocinio hanno il mandato di identificare un problema infermieristico, trasformarlo con PICO in un quesito di ricerca e cercare soluzioni di evidenza.</p> <p>L'ultimo laboratorio del corso ha l'obiettivo di consolidare le abilità sviluppate nei due anni precedenti e di introdurre lo studente a BDE secondarie e specialistiche; il <i>focus</i> è posto sull'applicazione delle</p>

	<p>conoscenze del processo, al fine di utilizzare le evidenze nella presa di decisioni cliniche e nell'impostazione del percorso tesi, con disegno di ricerca.</p>
Percorso sperimentale	<p><i>Studio descrittivo correlazionale</i></p> <p>È stato identificato un campione di convenienza composto da 193 infermieri laureati dalla sessione autunnale del 2009 alla sessione primaverile del 2011, per considerare gli studenti che hanno completato l'esperienza triennale.</p> <p>Per la raccolta dati si è utilizzato un questionario costruito <i>ad hoc</i> e pre-testato sugli Infermieri laureati nella sessione primaverile dell'anno accademico 2007-2008, allo scopo di verificarne comprensibilità e chiarezza. Il questionario prevede 4 sezioni: anagrafica (6 <i>item</i>), tesi di laurea (15 <i>item</i>), tirocini clinici (8 <i>item</i>), ambito professionale (4 <i>item</i>). Le domande prevedono risposte chiuse dicotomiche o a più scelte per la sezione anagrafica mentre per le altre sezioni si è scelta una Scala Likert, a 10 risposte, i cui estremi sono "per nulla" e "molto".</p> <p>Il questionario è stato somministrato a ogni Infermiere neolaureato a conclusione dell'esame di laurea.</p> <p>Tutti i 193 questionari consegnati, sono stati restituiti e ritenuti validi.</p>
Indicatori di processo	<p>Partecipazione degli studenti ai laboratori, elaborazione e qualità dei mandati di tirocinio, sperimentazione degli studenti su elaborati tesi di ricerca.</p>
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Percezione degli Infermieri neolaureati relativa alla propria abilità di applicazione del processo EBP; - percezione degli Infermieri neolaureati relativa all'utilità del laboratorio ai fini della redazione della tesi; - utilizzo strumenti del processo EBP nel percorso di tesi; - percezione degli Infermieri neolaureati relativa all'utilità del laboratorio triennale EBP nell'affrontare i problemi assistenziali in tirocinio; - percezione dell'importanza di possedere competenze relative al processo EBP per il futuro professionale.
Esiti/Outcome	<p>Il percorso risulta efficace; il campione si ritiene sensibilizzato alla ricerca delle evidenze scientifiche. L'efficacia del percorso è dimostrata, con qualche difficoltà metodologica e di formulazione del quesito di ricerca. In clinica, gli studenti utilizzano banche dati per ricercare evidenze nella presa di decisioni e condividono i risultati con gli Infermieri.</p> <p>Il campione mostra sufficienti competenze linguistiche e dichiara di aver avuto facile accesso alle risorse elettroniche.</p> <p>I dati fanno supporre che i nuovi Infermieri ritengano le abilità relative al processo EBP, strumento necessario tra le competenze di un professionista, utili alla risoluzione di problemi clinici.</p> <p>I risultati confermano la qualità della scelta formativa di inserimento del percorso nel curriculum formativo.</p>

TITOLO	Il cateterismo venoso nel percorso assistenziale: attivazione di un progetto aziendale
Azienda	Arcispedale S. Maria Nuova - IRCCS
Dipartimento/Distretto	Direzione Professioni Sanitarie
Unità operativa	Oncologia
Città	Reggio Emilia
Indirizzo (della struttura)	Viale Risorgimento, 57
Email	monica.guberti@asmn.re.it
Referente (unico) per contatti	Guberti Monica
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Iemmi Marina , Direttore Direzione Professioni Sanitarie Guberti Monica , Dirigente Professioni Sanitarie, Responsabile Unità di Ricerca & EBP e Caroli Roberto , Responsabile Infermieristico Gestione del Rischio Clinico (coautore) Finotto Stefano , Tutor Corso di laurea in Infermieristica Reggio Emilia - Assistenziale Galimberti Cristina , Coordinatrice Unità Operativa di Oncologia
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Gennaio 2011
Sperimentazione terminata il	In corso
Obiettivo della Sperimentazione	Lo scopo di questo studio è di tentare di comprendere i fattori che influiscono sulla probabilità di inserimento di un dispositivo venoso centrale nei pazienti ammalati di cancro che devono eseguire cicli di chemioterapia. Obiettivi dello studio sono: <ul style="list-style-type: none"> - conoscere le caratteristiche dei pazienti senza un dispositivo venoso centrale che sono correlabili con l'inserimento di un dispositivo venoso centrale durante il corso dei cicli chemioterapici; - conoscere le caratteristiche pre-esistenti al trattamento chemioterapico dei pazienti senza un dispositivo venoso centrale che sono correlabili con l'inserimento di un dispositivo venoso centrale; - conoscere le complicanze legate all'infusione della chemioterapia che sono correlabili con l'inserimento di un dispositivo venoso centrale.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Azienda
Sperimentazione	Monoprofessionale
Disegno progettuale	L'uso della terapia endovenosa, con particolare riferimento a quella chemioterapica, ha un impatto pesante sull'assistenza erogata. Anche l'aspetto delle complicanze correlate all'utilizzo dei <i>device</i> vascolari pesa sul processo assistenziale: uno studio ha mostrato che l'uso del dispositivo ad accesso venoso è associato a un elevato tasso di complicanze (dal 10% al 25% di tutti i pazienti con VAD), con una morbosità di almeno il 10% (Food and Drug Administration 1994). Il 52% delle complicazioni riportate era correlato a informazioni insufficienti sulla cura del dispositivo, o all'utilizzo di tecnica inadeguata nel collocamento e/o inadeguata assistenza infermieristica. Localmente, si segnala che da una ricerca osservazionale condotta sulla gestione degli accessi venosi (in attesa di pubblicazione) emerge in modo evidente che nelle varie strutture non è in uso una procedura per la valutazione del dispositivo più adeguato al paziente, come indicato dalla letteratura. Inoltre, sebbene l'Infermiere partecipi alla decisione di quale dispositivo scegliere, sembra emergere una difficoltà nella presa di decisione collegiale tra i professionisti dell' <i>équipe</i> sanitaria; il confronto pare avvenire solo quando l'Infermiere ha difficoltà a reperire l'accesso venoso e quindi non sistematicamente. Questa mancanza di confronto sistematico interprofessionale sugli accessi venosi determina una scarsa presa in carico del problema delle modalità di sfruttamento del letto venoso. Nella nostra struttura ospedaliera si riscontra poi l'assenza di utilizzo di "presidi intermedi", quali i cateteri periferici lunghi (Midline) e i cateteri centrali impiantati per via periferica (PICC), collegabile a un approccio

	<p>culturale poco orientato alla salvaguardia del letto venoso. Nasce quindi il desiderio di farsi carico della terapia infusiva in modo più globale, passando da una visione dell'<i>hic et nunc</i> a una visione basata sulla presa in carico dell'intero percorso assistenziale.</p>
Percorso sperimentale	<p>Per la realizzazione del progetto per l'implementazione e il monitoraggio di nuove pratiche basate sulle evidenze sono state previste quattro fasi, ritenute indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi esplicitati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diffusione di una nuova cultura di approccio all'accesso venoso, caratterizzata da una più ampia assunzione di presa in carico nell'<i>assessment</i> del paziente, che inglobi l'intero percorso/processo di ricovero e cura. 2. Necessità di effettuare studi osservazionali per indagare con metodo scientifico la realtà locale, di cui questa esperienza rappresenta un esempio. 3. Attivazione di un ambulatorio per accessi vascolari ed implementazione dell'attività in azienda. 4. Potenziamento della capacità di relazione, intesa come confronto intra ed interprofessionale, per la creazione di criteri condivisi di applicazione ed utilizzo <i>device</i> vascolari. <p>L'esperienza specifica è uno studio descrittivo così disegnato: studio di coorte prospettico integrato da analisi delle cartelle cliniche e da un questionario somministrato al campione.</p> <p><i>Campione</i> Non probabilistico e di convenienza, composto da tutti i pazienti che accedono per la prima volta al <i>Day-Hospital</i> oncologico dell'ASMN e che sono sottoposti a cicli di chemioterapia.</p> <p><i>Dimensioni del campione</i> Il campione è composto da 400 pazienti. La dimensione del campione è stata stabilita con la consulenza di uno statista. Lo studio è stato approvato in Comitato Etico il 12/09/2011 ed è ora in fase di realizzazione.</p> <p><i>Criteri di inclusione</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - pazienti con diagnosi medica di tumore; - pazienti che per la prima volta iniziano il trattamento chemioterapico; - pazienti che non hanno un Dispositivo Venoso Centrale.
Indicatori di processo	<p>Gli indicatori di processo per questo particolare studio sono rappresentati da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - schede A e B compilate secondo la guida predisposta; - N. questionari consegnati a tutti i pazienti al 4° ciclo.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - N. CVC inseriti; - N. complicanze legate all'infusione della chemioterapia; - N. pazienti persi al <i>follow-up</i>; - N. segnalazioni (reclami) dei pazienti.
Esiti/Outcome	<p>Gli esiti ipotizzati nell'intero percorso riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la possibilità di trovare risposta a uno dei principali problemi assistenziali, ovvero la mancanza d'idoneo e sicuro accesso vascolare e la definizione di criteri per la scelta, utilizzo e momento d'inserzione del presidio venoso in relazione al percorso assistenziale e di cura. - L'applicazione delle raccomandazioni riportate dalla letteratura scientifica, in particolare linea guida dell'ARNAO.

TITOLO	L'integrazione dell'Infermiere Case Manager dell'Assistenza Domiciliare all'interno del Nucleo Operativo Aziendale di Continuità assistenziale come elemento facilitatore nel processo di dimissione protetta
Azienda	USL Rimini
Dipartimento/Distretto	Distretto di Rimini/Dipartimento Cure Primarie
Unità operativa	Modulo di Assistenza e Sostegno Domiciliare
Città	Rimini
Indirizzo (della struttura)	Via Circonvallazione Occidentale, 57
Email	adpecci@auslrn.net
Referente (unico) per contatti	Pecci Adriana
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Pecci Adriana , Coordinatrice Infermieristica Arlotti Simona , Infermiere ADI
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	1° luglio 2011
Sperimentazione terminata il	30 settembre 2011
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Sperimentazione	<p>La dimissione protetta di utenti con complessità assistenziale e relativa stabilità clinica riveste uno degli aspetti più critici di passaggio di <i>setting</i> assistenziale che dovrebbe avvenire senza che vi sia percezione di discontinuità da parte dell'utente e della famiglia. Perseguire un miglioramento qualitativo è l'obiettivo principale di questo progetto. Nell'USL di Rimini le proposte di domiciliazione dalle strutture aziendali e private accreditate afferiscono al NOA, che ne vaglia l'appropriatezza e le invia all'ADI.</p> <p>Implementare tale attività consente di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - migliorare l'approccio al paziente in dimissione protetta; - uniformare la metodologia di presa in carico dei CM del PUCD; - implementare l'attività educativa sul personale infermieristico delle strutture dimettenti per aumentare l'appropriatezza delle attività programmate.
Disegno progettuale	<p>Per il periodo dal 1° luglio al 30 settembre 2011 tutti i giorni dalle 11 alle 13, l'Infermiere <i>Case Manager</i> dell'ADI si è recato presso la sede del NOA per visionare le segnalazioni delle dimissioni protette pervenute tramite fax dalle strutture aziendali e private accreditate.</p> <p>Metodologicamente si è scelto di valutare in primo luogo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - completezza dati anagrafici; - appropriatezza in relazione alle autonomie correlate alla patologia ed alle condizioni socioambientali; - presenza di un <i>caregiver</i>; - preavviso di 3 giorni sulla data presunta di dimissione, secondo procedura aziendale. <p>In secondo luogo si è agito esaminando la complessità clinico-assistenziale segnalata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Richiesta di attivazione sociale</i>: passaggio all'Ass Soc del PUCD tramite fax; - <i>Richiesta di attivazione con carico assistenziale basso</i>: valutazione su cartaceo di situazioni non poli-patologiche; - <i>Richiesta di attivazione con carico assistenziale medio-alto</i>: valutazione con visita nella struttura dimettente; presa visione della documentazione clinico assistenziale, interfaccia con l'équipe considerando: <ul style="list-style-type: none"> - stabilità clinica; - ricognizione terapeutica; - attività di addestramento del <i>caregiver</i> posto in essere; - attivazioni di percorsi per inserimento di <i>devices</i> appropriati e fornitura di apparecchi elettromedicali; - tempistica;

	- colloquio con <i>caregiver</i> e utente qualora sia possibile.
Percorso sperimentale	<p>L'integrazione dell'ICM dell'ADI all'interno del NOA è avvenuta quotidianamente a fine mattina per consentire le interfacce con le strutture al termine delle attività di visita.</p> <p>Le segnalazioni giunte nel pomeriggio e in prima mattina vengono riposte in un raccogliatore dal quale l'ICM dell'ADI le preleva e le esamina. Per ogni richiesta si evidenziano le non congruità; si contattano telefonicamente le strutture per provvedere alla compilazione delle parti mancanti o si richiede una nuova segnalazione congrua.</p> <p>Nei casi in cui non siano presenti i criteri per attivare una domiciliazione (dopo ulteriori informazioni), s'indirizza la struttura all'attivazione di percorsi appropriati.</p> <p>Nei casi di attivazione appropriata si valuta, sempre su cartaceo, la complessità clinico-assistenziale; se vi è una bassa intensità si invia tramite fax la modulistica all'ADI. Se vi è una complessità medio-alta si effettua o si predispone per il giorno seguente una visita in struttura per effettuare la presa in carico.</p> <p>Si prende visione della documentazione clinico-assistenziale interfacciandosi con l'<i>équipe</i> per valutare la presenza di criteri che consentano la domiciliazione, ossia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stabilità clinica; - ricognizione terapeutica (tp complesse riconducibili al domicilio); - presenza di un <i>caregiver</i> consapevole ed in fase di addestramento; - attivazione di percorsi per inserire <i>devices</i> come ad esempio cvc o peg che consentano una gestione appropriata, secondo le linee guida di riferimento; - forniture di apparecchi elettromedicali; - tempistica. <p>Si esegue una valutazione al letto dell'utente, con colloquio con <i>caregiver</i>. In casi selezionati si contatta direttamente il Medico di Medicina Generale. Si predispone il PAI compilando l'accertamento e la Cartella Itinerante Domiciliare. Ogni giorno si compila una griglia delle attività rilevate. Si riconducono le documentazioni prodotte al Servizio di Ass. Domiciliare, dove si proseguono le attività dando attuazione agli interventi programmati durante le visite e contattando i MMG.</p>
Indicatori di processo	<p>Per misurare l'appropriatezza del processo di dimissione protetta posto in essere, come indicatore <i>proxy</i> si è deciso di valutare tra tutte le segnalazioni pervenute quante sono state esaminate su cartaceo e/o tramite esecuzione di visita in struttura nei casi per i quali si identificava una complessità di tipo medio alta.</p> <p>L'aderenza a tale indicatore è stata del 100%; tutte le schede di continuità assistenziale pervenute al NOA con proposta di dimissione protetta sono state vagliate, organizzando, nei casi identificati, le visite nelle Strutture, anche per gli utenti ricoverati presso Presidi esterni all'ospedale di Rimini.</p>
Indicatori di risultato	<p>L'esperienza di questi tre mesi ci ha consentito una migliore integrazione con le Strutture sanitarie aziendali e private accreditate, accrescendo la conoscenza reciproca per ciò che riguarda le attività dell'ICM.</p> <p>Poiché uno degli obiettivi era di implementare l'attività educativa sul personale infermieristico, si può dire che esso sia stato raggiunto in virtù del fatto che le segnalazioni cosiddette improprie, ossia non rispondenti ai criteri di domiciliazione protetta compresa la tempistica di preavviso, si sono ridotte in maniera considerevole nel periodo monitorato.</p> <p>Le segnalazioni improprie sono diminuite, passando dal 62% rilevato a luglio 2011 al 46% del settembre 2011, con una conseguente facilitazione nel passaggio di <i>setting</i>, minor ansie da parte della famiglia e una miglior attribuzione di risorse.</p>
Esiti/Outcome	Questa sperimentazione ha voluto agire come spinta verso la ricerca di miglioramento continuo, sia come processo di facilitazione che educativo, mirando all'appropriatezza dei percorsi messi in essere.

In considerazione dei risultati evidenziati, ossia la riduzione delle proposte di domiciliazione non congrue che possono comportare di conseguenza una difficoltà nella fase di passaggio di *setting* Ospedale-territorio, la Direzione Infermieristica e Tecnica ha deciso di proseguire nella sperimentazione del modello organizzativo che prevede l'integrazione dell'Infermiere *Case Manager* dell'ADI all'interno del NOA.

Titolo	Progetto di miglioramento della qualità dell'assistenza e la sicurezza del paziente: prevenzione delle lesioni da decubito nel bambino.
Azienda	Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
Dipartimento/Distretto	Direzione Sanitaria
Unità operativa	Direzione Sanitaria
Città	Roma
Indirizzo (della struttura)	Piazza Sant'Onofrio, 4
Email	gaetano.ciliento@opbg.net
Referente (unico) per contatti	Ciliento Gaetano
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	<p>Ciliento Gaetano, Coordinatore Infermieristico del Team infermieristico <i>Wound Care</i> Carta Giovanna, Responsabile Servizio Infermieristico Bianchi Natalia, Coordinatrice Infermieristica Responsabile Qualità Infermieristico e Tecnico, Formazione Permanente e Ricerca Infermieristica; Gawronski Orsola, Infermiera Struttura Sviluppo Professionale Infermieristico e Tecnico, Formazione Permanente e Ricerca Infermieristica; Tiozzo Emanuela, Responsabile Struttura Sviluppo Professionale Infermieristico e Tecnico, Formazione Permanente e Ricerca Infermieristica</p>
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Febbraio 2011
Progettazione terminata il	In corso
Obiettivo del Progetto	Migliorare la prevenzione delle lesioni da decubito in ospedale attraverso la realizzazione di un <i>Team</i> Infermieristico con competenze specifiche sulla prevenzione e gestione delle lesioni da decubito nel bambino.
Strutture coinvolte	Azienda
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p><i>Tema</i> Prevenzione delle ulcere da pressione nei pazienti pediatrici ad alto rischio di Lesioni da Decubito (LDD).</p> <p><i>Valutatore</i> <i>Team</i> Infermieristico. Il gruppo è costituito da infermieri esperti che sono stati individuati secondo i seguenti criteri: - Formazione avanzata/specifica sulle LDD. - Esperienza lavorativa o assistenza diretta in area critica. - Partecipazione a corsi di formazione sul tema e/o ricerche. - Motivazione ad approfondire questo ambito clinico.</p> <p><i>Valutato/i</i> Personale di assistenza diretta.</p> <p><i>Elementi valutati</i> - Adesione alla procedura da parte del personale infermieristico coinvolto nell'assistenza dei pazienti a rischio di sviluppare LDD. - Utilizzo appropriato dei dispositivi di prevenzione delle ulcere da pressione. - Valutazione periodica del rischio di sviluppare ulcere da pressione. - Frequenza di rilevazione: una volta a settimana.</p> <p><i>Standard di riferimento</i> 1. Tutti i pazienti ricoverati devono essere valutati per il rischio di LDD entro le 24 ore dal ricovero. 2. Tutti i pazienti ricoverati devono essere rivalutati per il rischio di LDD ogni 4 gg di degenza. 3. A tutti i pazienti con indice di Braden/Braden Q <16 o NSRAS> 13 è posizionato un presidio per la prevenzione di LDD adeguato all'età o al peso del paziente.</p> <p><i>Fonte dei dati</i> Cartelle cliniche, osservazione diretta.</p>

Percorso sperimentale	<ul style="list-style-type: none">- Formalizzare il mandato agli Infermieri individuati.- Definizione del protocollo operativo delle attività del <i>Team</i>.- Definizione degli strumenti e la modalità di documentazione dell'attività svolta.- Formazione continua del gruppo di Infermieri esperti.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none">- N. operatori sanitari formati dal <i>Team</i> infermieristico <i>Wound Care</i>/totale incontri formativi.- N. valutazioni effettuate/totale visite nelle UU.OO.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none">- N. verifiche di corretta applicazione dei presidi per la prevenzione delle LDD.- N. verifiche del corretto utilizzo della documentazione per la prevenzione delle LDD.
Esiti/Outcome	Riduzione dell'incidenza e prevalenza delle LDD.

Titolo	Il corpo al lavoro: guida alla gestione della postura e alla cura della propria persona
Azienda	ASL Roma B
Dipartimento/Distretto	Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie
Unità operativa	Area Formazione e Sviluppo Professionale
Città	Roma
Indirizzo (della struttura)	Via Filippo Meda, 35
Email	luisa.marano@aslromab.it
Referente (unico) per contatti	Marano Luisa
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Porcelli Barbara , Direttore ff. Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica e Ostetrica Marano Luisa , CPSE I Coordinatrice dell'Area formazione e sviluppo professionale Leotta Sergio , Direttore UOC Dietologia Ospedale Sandro Pertini Carletti Silvia , Dietista Altomare Maria , Dietista Abbruzzese Santina , Dietista
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	25 ottobre 2011
Sperimentazione terminata il	25 aprile 2012
Obiettivo della Sperimentazione	<ul style="list-style-type: none"> - Migliorare la comprensione delle proprie abitudini rispetto all'alimentazione, all'esercizio fisico, alla percezione del proprio corpo. - Sperimentare strumenti di azione che aiutino il personale a ottimizzare le <i>performances</i> e la qualità del proprio servizio alla comunità tramite il concetto di <i>Wellness</i> e l'<i>Occupational Health Promotion</i>. - Migliorare il clima organizzativo.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>In considerazione dell'elevata carenza di personale Infermieristico nelle Aziende Sanitarie, vi è sempre più bisogno di strategie e strumenti per il governo delle risorse umane che rispondano in modo puntuale o che addirittura anticipino i bisogni dei propri clienti interni utilizzando al meglio le risorse disponibili.</p> <p>La centralità delle persone, del c.d. "capitale umano" in ambito sanitario richiede che vi sia un approccio che tenda a valorizzare la componente umana dell'organizzazione.</p> <p>Essendo lo scopo quello di migliorare lo stato di salute del dipendente inteso come benessere psicofisico, certi di poter incidere anche sul clima organizzativo, si è deciso di attuare questo progetto multi-professionale attraverso le seguenti fasi:</p> <p>Fase I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visita medica dietologica e piano individualizzato di regime dietetico ipocalorico. <p>Fase II</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Attività fisica con Istruttore certificato <i>fitness/acquagym</i> utilizzando la piscina in convenzione con la Federazione Italiana Nuoto. b) Attività pratica di <i>Qi Gong</i> con Istruttore certificato dall'Università di Pechino. <p>Fase III</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incontri periodici con le dietiste per rafforzare la determinazione a calo ponderale. <p>Fase IV: Valutazione del progetto</p> <p>Punti di forza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - integrazione multi-professionale tra UOC Dietologia e UODC PSAIO; - forte motivazione alla cura di sé dei partecipanti.

	<p><i>Punti di debolezza:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- impossibilità dei partecipanti a seguire tutto il percorso per esigenze di servizio e/o personali, per esigenze aziendali e per non fattibilità all'uso dell'aula per le attività pratiche (<i>Qi Gong</i>);- scarsa adesione al progetto. <p><i>Opportunità:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- convenzione con il polo natatorio di Pietralata, <i>sponsor</i> per magliette e tappetini per attività fisica <p><i>Rischi:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- eventuali controindicazioni ad effettuare movimenti precisi a causa di patologie del rachide escludenti attività motoria.
Percorso sperimentale	<p>Selezione di un gruppo di infermieri dell'ASL Roma B, con bando interno, e con i seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none">- dipendenti in servizio a tempo indeterminato e a tempo pieno nel profilo di CPS Infermiere/Infermiere Pediatrico/Ostetrica cat. D o DS, in possesso dei seguenti requisiti specifici:- Anzianità di servizio da almeno 2 anni in Azienda.- Impegnarsi e autorizzare l'ASL Roma B a sottoporsi a visita medica periodica (Dietologo, Nutrizionista) e a seguire il regime dietetico personalizzato fino al termine del progetto.- Impegno a frequentare la formazione OBBLIGATORIA così come specificato nel bando, secondo il calendario stabilito.- Presentazione di certificato di idoneità fisica ad attività motoria.- Livello non agonistico non anteriore a mesi tre.- Possesso di un IMC tra >28 e <35. <p>Somministrazione tramite intervista della Scheda di Valutazione Individuale e di contratto Formativo.</p> <ul style="list-style-type: none">- Consulenza dietologica.- Quattro incontri formativi sull'abitudine alimentare.- Indagini tramite questionari strutturati.- Valutazione clinica.- Attività motoria.- Individuazione e predisposizione di percorsi vita e valorizzazione dei percorsi interni (scale) con indicazione del consumo energetico attraverso cartelli indicativi.- Corso di Fitness con istruttore certificato (2 incontri settimanali) per un massimo di 60 ore.- Corso pratico in <i>Qi Gong</i> (2 incontri settimanali) per un massimo di 60 ore. <p>Corretta alimentazione, proposta a operatori sovrappeso e a tutti i Dipendenti.</p> <ul style="list-style-type: none">- Predisposizione di pasti bilanciati da parte della mensa aziendale, con indicazione delle calorie (anche attraverso poster informativi, codici colore, simboli).- Apposizione di etichette con indicazione delle calorie sui prodotti dei distributori vivande ed incentivazione di prodotti ipocalorici. <p>Valutazione finale del progetto Somministrazione di questionari <i>ad hoc</i> all'inizio e al termine del progetto per valutare il livello di apprendimento sui corretti di stili di vita e modifica dei comportamenti.</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none">- N. Visite dietologiche sul N. Totale dei partecipanti all'ingresso.- N. Visite dietologiche sul N. Totale dei partecipanti a fine percorso.- N. Incontri con le dietiste sul N. Totale.- N. Rilevazioni periodiche di parametri per la valutazione clinica nei partecipanti obesi/sovrappeso.- Riduzione del 50% dei giorni di malattia.

Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none">- N. Ore dedicate all'attività fisica sul totale programmate: realizzazione di almeno l'80% delle attività pianificate (attività fisica).- Partecipazione di almeno il 70% dei dipendenti alle attività previste dal progetto, comprese quelle formative e le indagini di valutazione/soddisfazione.- N. Partecipanti che hanno concluso il progetto sul totale degli iscritti: 90%.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none">- Grado di soddisfazione del percorso formativo 100%.- Miglioramento dei parametri per la valutazione clinica nei partecipanti obesi/sovrappeso al termine del progetto di almeno il 2% rispetto alla rilevazione iniziale.- Riduzione almeno del 20 % dei parametri quantitativi di sovrappeso/obesità.

Titolo	Progetto di ricerca sull'utilizzo della pressione negativa (TNP) nell'ASL ROMA B nel trattamento delle lesioni cutanee difficili
Azienda	ASL Roma B
Dipartimento/Distretto	Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica ed Ostetrica
Unità operativa	Area Territoriale
Città	Roma
Indirizzo (della struttura)	Via Filippo Meda, 35
Email	luisa.marano@aslromab.it
Referente (unico) per contatti	Sardone Elisabetta
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Sardone Elisabetta , CPS I, ICM in <i>Wound Care</i> , ASL Roma B Marano Luisa , CPSE I, Coordinatore dell'Area formazione e Sviluppo Professionale Leto Antonella , Area territoriale Porcelli Barbara , Direttore ff .Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica ed Ostetrica
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Dicembre 2011
Sperimentazione terminata il	Dicembre 2012
Obiettivo della Sperimentazione	<p>1. Valutare la normalizzazione del tessuto perilesionale e la riduzione della superficie delle lesioni croniche di diversa natura e chirurgiche, trattate con NTP in associazione con medicazioni schiuma di poliuretano, secondo linee-guida <i>evidence-based</i> accreditate.</p> <p>2. Valutare la <i>performance</i> del trattamento in termini di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - capacità di gestione dell'essudato; - contenimento del tessuto necrotico; - effetti negativi secondari indesiderati sul tessuto perilesionale ovvero miglioramento del trofismo cutaneo; - capacità di abbassare e/o mantenere entro limiti i processi riparativi - tempo medio di durata della medicazione. <p>3. Valutare la <i>performance</i> di gradimento in termini di;</p> <ul style="list-style-type: none"> - influenza sulle attività quotidiane di vita; - difficoltà nelle cure igieniche; - riposo notturno; - difficoltà alla gestione.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>Lo studio clinico di coorte è di fase III aperto e stratificato, per tipologia patologia di base (allo scopo di rendere omogenei i gruppi e sufficientemente diversificati al loro interno). Il trattamento delle lesioni del gruppo di controllo è su EBN.</p> <p><i>Numero dei pazienti:</i> aperto. In ogni unità operativa si stima un flusso di 30 pazienti al mese per 6 Infermieri in organico, con una permanenza media in assistenza di 90 gg per un numero medio di pazienti per servizio di circa 700, di cui il 40% portatori di almeno una lesione. Su ognuno dei 4 Centri, considerando che diversi non saranno inclusi, la stima per eccesso per una osservazione di 9 mesi è di 400 pazienti. Lo studio è pianificato per 12 mesi di osservazione sul campo, dall'arruolamento del primo paziente; i pazienti permarranno nello studio 8 settimane ciascuno. Ciascun paziente, a 4 settimane dall'inizio del trattamento, transiterà ad un altro operatore arruolato nello studio. Il <i>cross over</i> tende a ridurre <i>bias</i> insiti nella manualità dell'applicazione della macchina. Nel caso in cui il trattamento con NTP apportasse reazioni avverse, il caso verrà documentato e sospeso.</p>

	<p><i>Elaborazione statistica</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione della rilevanza campionaria, tutte le elaborazioni ritenute esplicative nella lettura dello studio. - Data prevista per il report clinico: 30 giorni dal termine dello studio.
Percorso sperimentale	<p><i>Selezione dei centri di sperimentazione</i></p> <p>I pazienti considerati sono in regime di assistenza domiciliare e ambulatoriale o dimessi dalle strutture ospedaliere, presso la ASL/RMB. Il piano di assistenza individuale è a discrezione dell'operatore sanitario in relazione ai protocolli in uso presso la struttura.</p> <p><i>Cronoprogramma</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Riunione con i Coordinatori Infermieristici delle sedi elette (CAD, AAIITT, DIP. Medico e Chirurgico) per presentare il progetto. - Riunione in ogni U.O. selezionata con gli Infermieri e ICM per reclutare gli sperimentatori che utilizzeranno la NP. - Condivisione del percorso individuato per l'accesso dei pazienti/utenti ai servizi, con: <ul style="list-style-type: none"> - Servizio protesica. - Unità UVM/Cad, ICM ASL RM B che effettua la presa in carico del paziente. - Inizio dello studio. <p><i>Criteri di selezione, reclutamento pazienti</i></p> <p>In assistenza domiciliare, ambulatoriale o ospedaliera, portatori di lesione cronica trattata secondo EBN e che non ha riduzione del letto lesionale o controllo dell'essudato da almeno 2 settimane, sono selezionati in base a specifici criteri. Il reclutamento sarà garantito attraverso i seguenti:</p> <p><i>Strumenti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 schede di rilevazione per paziente; - 1 penna multicolore per ogni operatore; - cm in carta monouso; - apparecchio digitale fotografico ad alta risoluzione di immagine per ogni unità; - <i>tracing sheet</i> monouso sterili e trasparenti completi dei dati del paziente e della data di rilevazione.
Indicatori di processo	<ol style="list-style-type: none"> 1. N. Schede di accoglienza su n. Casi arruolati: 5^a e 37^a settimana. 2. Compilazione delle schede in tutte le sue parti: 5^a e 37^a settimana. 3. Valutazione dei <i>drop-out</i>: 5^a e 37^a settimana. 4. N. pazienti in <i>cross over</i>: 6^a settimana.
Indicatori di risultato	<ol style="list-style-type: none"> 1. >70% dei pazienti hanno utilizzato NTP senza interruzione del trattamento. 2. Tempo di utilizzo necessario: < a 6 settimane. 3. Diminuzione dei tempi di trattamento rispetto al caso controllo. 4. N. apparecchiature disponibili (NTP) per il trattamento dei pazienti arruolati.
Esiti/Outcome	<ol style="list-style-type: none"> 1. N. Pazienti arruolati su quelli previsti. 2. N. Schede compilate su pazienti arruolati. 3. N. Studi interrotti sul totale dei casi arruolati.

Titolo	Metodi e Tecniche di Immaginazione Guidata
Azienda	ASL Roma B
Dipartimento/Distretto	Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie
Unità operativa	Area Formazione e Sviluppo Professionale
Città	Roma
Indirizzo (della struttura)	Via Filippo Meda, 35
Email	luisa.marano@aslromab.it
Referente (unico) per contatti	Marano Luisa
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	<p>Marano Luisa, CPSE Coordinatore dell'Area Formazione e Sviluppo Professionale, Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica ed Ostetrica</p> <p>Burrai Francesco, PhD. Dott. Magistrale Professore a Contratto di Infermieristica Olistica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Bologna, Professore a Contratto di Terapie Complementari, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Bologna, Professore a Contratto di Terapie Complementari, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Chieti, Docente ECM di <i>Guided Imagery</i>, Esperto in Tecniche Energetiche, Esperto in Ipnosi e Comunicazione Ipnologica</p> <p>Barbara Porcelli, Direttore ff. Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica ed Ostetrica</p>
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Settembre 2009
Progettazione terminata il	Dicembre 2010
Obiettivo del Progetto/	<p>Gli infermieri formati in <i>Guided Imagery (G.I.)</i> sono in grado di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definire gli effetti delle immagini mentali sulla rappresentazione del mondo personale e relazionale, sull'asse psicosomatico, sul miglioramento delle <i>performance</i> professionali. - Riconoscere le evidenze scientifiche di EBM ed EBN. - Definire procedure e tecniche di <i>G.I.</i> di base, finalizzate al miglioramento delle <i>performance</i> professionali e della qualità di vita della persona assistita. - Applicare correttamente a livello individuale le tecniche di <i>G.I.</i> di base e di misurare con scale Likert l'efficacia degli interventi di <i>Guided Imagery</i> sulle variabili dolore e tensione psicofisica. - Misurare con scale Likert l'efficacia degli interventi di <i>G.I.</i> sulle variabili dolore e tensione psicofisica. - Gli infermieri potranno sviluppare ulteriormente le proprie capacità di Immaginazione Guidata semplice con la supervisione e potenziamento nel laboratorio.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p>Nell'anno 2009 la Direzione dell'Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica e Ostetrica dell'ASL Roma B ha previsto la sperimentazione di un corso in Metodi e Tecniche di Immaginazione Guidata, come strumenti per migliorare le <i>performance</i> professionali e la qualità di vita della persona assistita.</p> <p>Il Corso prevede le seguenti fasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fase 1: reclutamento partecipanti - Fase II: sessione 1 Corso teorico-pratico - Fase III: sessione 2 laboratorio di formazione annuale - Fase IV: valutazione del percorso formativo - Fase V: individuazione dei partecipanti idonei per l'avvio della sperimentazione di tecniche di Immaginazione Guidata semplice attraverso studio pilota in alcune UU.OO. dell'ASL Roma B.
Percorso sperimentale	<p><i>Reclutamento partecipanti</i></p> <p>La selezione è basata su criteri fortemente motivazionali e attitudinali alla</p>

	<p><i>G.I.</i> e di miglioramento professionale, tramite bando interno per la selezione di 16 Infermieri in possesso dei seguenti requisiti specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - appartenere ad alcune UU.OO. di degenza; - impegnarsi ad applicare le tecniche di <i>G.I.</i> nell'attività assistenziale quotidiana; - impegnarsi a misurare sistematicamente gli effetti della <i>G.I.</i> sui pazienti e su se stessi con produzione di <i>report</i> dei risultati ottenuti. <p><i>Svolgimento del percorso formativo residenziale</i> Il Corso di formazione residenziale è di 28 ore formative (Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale): 70% delle ore di esercitazione pratiche e 30% ore teoriche. Il Corso è strutturato in 7 moduli:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tecnica di visualizzazione per <i>training</i> immaginativo - Tecnica di Immaginazione Guidata per gli stati di stress - Tecnica di Immaginazione Guidata per gli stati d'ansia - Tecnica di Immaginazione Guidata per gli stati di dolore acuto - Tecnica di Immaginazione Guidata per gli stati di dolore cronico - Tecnica di Immaginazione Guidata per la risposta immunitaria - Tecnica di Immaginazione Guidata per i pazienti con malattie oncologiche. <p>Il Corso residenziale si è svolto dal 7 al 10 settembre 2009, mentre il laboratorio si è svolto in dieci incontri durante tutto il corso dell'anno 2010 e 2011.</p> <p><i>Svolgimento del percorso formativo in laboratorio</i> Il percorso formativo in laboratorio è strutturato in 10 moduli, ognuno di 7 ore formative (70 ore) su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tecnica di visualizzazione per training immaginativo - Tecnica di Immaginazione Guidata per gli stati di stress - Tecnica di Immaginazione Guidata per gli stati d'ansia - Tecnica di Immaginazione Guidata per gli stati di dolore acuto - Tecnica di Immaginazione Guidata per gli stati di dolore cronico. <p><i>Metodologia del laboratorio</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Supervisione con esperto di tecniche di <i>G.I.</i> semplice. - Esposizione degli Infermieri delle applicazioni assistenziali di <i>G.I.</i> - Ricognizione d'aula.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - N. schede compilate con la NRS VAS (0-10) sull'intensità del dolore prima e dopo l'Immaginazione Guidata semplice. - N. schede compilate con la NRS (0-10) per la misurazione dell'intensità del livello di tensione psicofisica prima e dopo l'Immaginazione Guidata semplice.
Indicatori di risultato	N. Schede compilate correttamente da ogni coppia di studenti sul totale dei partecipanti.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - N. Infermieri in grado di applicare tecniche di <i>G.I.</i> sul totale di quelli formati. - N. Infermieri in grado di misurare con scale Likert l'efficacia degli interventi di <i>G.I.</i> sulle variabili dolore e tensione psicofisica sul totale di quelli formati. - N. Infermieri formati in <i>G.I.</i> in grado di definire gli effetti delle immagini mentali sulla rappresentazione del mondo personale, del mondo relazionale, sull'asse psicosomatico, sul miglioramento delle <i>performances</i> professionali e sulla qualità di vita della persona assistita. - N. Infermieri formati in <i>G.I.</i> in grado di definire le procedure e le tecniche di Immaginazione Guidata di base. - N. Infermieri che hanno presentato una riduzione o azzeramento del livello dell'intensità del dolore sul numero delle sperimentazioni in laboratorio e della tensione psicofisica.

Titolo	Lo stile di <i>leadership</i> dei Coordinatori e la Salute Organizzativa degli Infermieri: un modello di equazioni strutturali
Azienda	Università Tor Vergata
Dipartimento/Distretto	Igiene e Sanità Pubblica
Unità operativa	Scienze Infermieristiche
Città	Roma
Indirizzo (della struttura)	Via Montpellier, 1
Email	alessandro.sili@ptvonline.it
Referente (unico) per contatti	Alessandro Sili
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Sili Alessandro , Dottore di Ricerca e Coordinatore di Direzione Infermieristica del Policlinico Tor Vergata Vellone Ercole , Ricercatore Scienze Infermieristiche Università Tor Vergata Fida Roberta , Ricercatore Psicologia del Lavoro Sapienza Università Alvaro Rosaria , Professore associato Med 45 Università Tor Vergata Roma
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	1° marzo 2011
Progettazione terminata il	30 settembre 2011
Obiettivo del Progetto	Valutare il ruolo che i fattori della salute organizzativa e lo stile di <i>leadership</i> dei Coordinatori esercitano sulla soddisfazione lavorativa, sulle assenze per malattia e sui disturbi psicosomatici degli Infermieri.
Strutture coinvolte	Altre Aziende/Altro
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	Per lo studio è stato elaborato un modello di equazioni strutturali al fine di mettere in relazione le dimensioni organizzative e le variabili determinanti lo stile di <i>leadership</i> . Attraverso un campionamento causale semplice, sono stati somministrati due questionari ad un campione di 352 Infermieri: il Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa (QISO) e l' <i>Empowering Leadership Questionnaire</i> (ELQ).
Percorso sperimentale	I dati sono stati raccolti attraverso l'autocompilazione delle due scale. I partecipanti allo studio, informati del motivo della ricerca e sottoscritto il consenso a partecipare allo studio, sono stati invitati a compilare i due questionari in 20 minuti. Per garantire il loro anonimato, al termine della compilazione, i questionari sono stati inseriti in appositi contenitori e consegnati ai Responsabili della ricerca.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Revisione della letteratura. - Autorizzazione allo studio da parte delle strutture interessate. - Numero di partecipanti effettivi allo studio.
Indicatori di risultato	Numero di questionari correttamente compilati
Esiti/Outcome	Dai risultati dello studio è emerso che la soddisfazione lavorativa degli Infermieri è influenzata dallo stile di <i>leadership</i> , nonché dalle capacità manageriali dei Coordinatori, dalla sensazione di sentirsi isolati nel contesto organizzativo e dalla percezione che gli Infermieri hanno dei propri colleghi, in termini di relazioni interpersonali. La fatica lavorativa nonché il livello di conflitti interpersonali determinano la comparsa di disturbi psicosomatici tra il personale. Inoltre, mentre le assenze per malattia sono influenzate dalla sicurezza lavorativa e dai conflitti interpersonali, la percezione del <i>top management</i> è influenzata dallo stile di <i>leadership</i> dei Coordinatori, dalla propensione e dall'apertura all'innovazione, dalla valorizzazione delle proprie competenze.

Titolo	Utilizzo ed effetti dell'Immaginazione Guidata Semplice (IGS) sul livello del dolore e della tensione psicofisica di un gruppo di pazienti dell'Ospedale Pertini e di Rebibbia
Azienda	ASL Roma B
Dipartimento/Distretto	Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie
Unità operativa	Area Formazione e Sviluppo Professionale
Città	Roma
Indirizzo (della struttura)	Via Filippo Meda, 35
Email	luisa.marano@aslromab.it
Referente (unico) per contatti	Marano Luisa
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	<p>Marano Luisa, CPSE, Coordinatore dell'Area Formazione e Sviluppo Professionale, Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica e Ostetrica</p> <p>Burrai Francesco, PhD. Dott. Magistrale, Professore a Contratto di Infermieristica Olistica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Bologna, Professore a Contratto di Terapie Complementari, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Bologna e di Chieti, Docente ECM di <i>Guided Imagery</i>, Esperto in Tecniche Energetiche, Esperto in Ipnosi e Comunicazione Ipnocica,</p> <p>Porcelli Barbara, Direttore ff. Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica ed Ostetrica</p>
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	10 dicembre 2011
Sperimentazione terminata il	12 dicembre 2012
Obiettivo della Sperimentazione	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione degli effetti dell'Immaginazione Guidata Semplice (IGS) sul livello del dolore e della tensione psicofisica, su un campione di pazienti dell'Ospedale Pertini di Roma, e su un campione di detenuti del Carcere di Rebibbia di Roma. 2. Misurazione con scale Likert dell'efficacia degli interventi di <i>Guided Imagery (G.I.)</i> sulle variabili dolore e tensione psicofisica. 3. Pubblicazione dei risultati dello studio pilota su rivista scientifica indicizzata. 4. Disseminazione in altre sedi dell'ASL Roma B della <i>G.I.</i>
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto Azienda
Disegno progettuale	<p>L'Immaginazione Guidata Semplice è un intervento infermieristico non-farmacologico di tipo olistico. Nella tassonomia NIC (<i>Nursing Intervention Classification</i>) è classificato nel livello 1 come "Assistenza infermieristica che sostiene la funzionalità psicosociale e favorisce i cambiamenti nello stile di vita", e nel livello 2 come intervento di "promozione del benessere psicologico".</p> <p>L'Immaginazione Guidata è praticata a livello mondiale da numerosi Infermieri, da diversi anni in svariati settori assistenziali. Le evidenze scientifiche di EBM ed EBN mostrano che le tecniche di <i>G.I.</i> presentano prove di efficacia in vari campi dell'assistenza infermieristica, come per esempio nel miglioramento delle <i>performances</i> infermieristiche, nell'induzione di stati di rilassamento, negli stati di demotivazione, nella prevenzione e nella riduzione della sintomatologia dolorosa, negli effetti collaterali dei farmaci, nel miglior controllo degli eventi esistenziali, con miglioramenti sostanziali della qualità di vita, migliore efficacia nella comunicazione e nell'acquisizione di strategie di <i>copying</i>.</p> <p>Lo studio pilota utilizzerà un <i>pretest-post test design</i>.</p> <p><i>Campione/Setting</i> Pazienti ricoverati presso l'Ospedale Pertini di Roma e detenuti del Carcere di Rebibbia di Roma.</p> <p>I criteri di inclusione del campione riguardano pazienti e detenuti che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - presentano un dolore con livello di intensità uguale o >2 in una scala

	<p>0-10 NRS;</p> <ul style="list-style-type: none"> - di età superiore ai 18 anni; - comprendono la lingua italiana; - posseggono capacità cognitive integre. <p>I criteri di esclusione dal campione di studio riguardano quei pazienti e detenuti cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - è stata somministrata una dose per via endovenosa di un farmaco analgesico 30 minuti prima dell'IGS oppure è stata somministrata una dose per via orale di un farmaco analgesico 60 minuti prima dell'IGS. <p><i>Strumenti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionario - Raccolta delle caratteristiche demografiche di alcune variabili.
Percorso sperimentale	<p>Da dicembre 2011, gli Infermieri esperti in Immaginazione Guidata, rispettando i criteri di inclusione ed esclusione, propongono l'intervento infermieristico alle persone reclutate, spiegando dettagliatamente l'intervento in modo propositivo. A tal fine:</p> <ul style="list-style-type: none"> - informano la persona sui possibili effetti positivi dell'intervento e della totale assenza di effetti negativi o collaterali; - informano la persona che ogni intervento prevede una misurazione prima e dopo la tecnica, e istruiranno la persona per renderla autonoma nella sua esecuzione, specificando l'importanza delle sue misurazioni autonome prima e dopo che si auto-pratica l'intervento; - specificano alle persone che saranno costantemente seguite e incentivate a eseguire l'intervento, come pratica importante del loro <i>self care</i>. <p>I singoli Infermieri inseriscono i dati raccolti su file excel, con successiva elaborazione attraverso una statistica descrittiva e una inferenziale. La significatività statistica sarà posta a livello di $p < .05$. L'analisi dei dati verrà eseguita con <i>Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)</i>. Il periodo di raccolta dati parte nel mese di dicembre 2011 e termina nel mese di dicembre 2012.</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - N. schede compilate correttamente con la NRS VAS (0-10) sull'intensità del dolore prima e dopo l'IGS. - N. schede compilate correttamente con la NRS VAS (0-10) per la misurazione dell'intensità del livello di tensione psicofisica prima e dopo l'IGS.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - 100% degli Infermieri formati alla <i>Guided Imagery</i> parteciperanno al progetto. - 100% presenza alla supervisione degli Infermieri formati alla <i>G.I.</i>
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione o azzeramento del livello dell'intensità del dolore sull'80% del campione di pazienti dell'Ospedale Pertini e sull'80% del campione di detenuti del Carcere di Rebibbia. - Miglioramento o azzeramento dell'intensità della tensione psicofisica sull'80% del campione di pazienti dell'Ospedale Pertini e sull'80% del campione di detenuti del Carcere di Rebibbia. - N. Pazienti sottoposti a <i>G.I.</i> in grado di definire gli effetti delle immagini mentali sulla rappresentazione del mondo personale, del mondo relazionale, sull'asse psicosomatico. - N. Pazienti sottoposti a <i>G.I.</i> che hanno presentato una riduzione o azzeramento del livello dell'intensità del dolore sul totale del numero delle applicazioni. - N. Pazienti sottoposti a <i>G.I.</i> che hanno presentato un miglioramento o azzeramento dell'intensità della tensione psicofisica sul totale del numero delle applicazioni.

Titolo	Case management infermieristico nella gestione del PDTA del paziente affetto da Carcinoma della laringe
Azienda	ASL Roma B
Dipartimento/Distretto	U.Org.va Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie
Unità operativa	UOC Otorinolaringoiatria
Città	Roma
Indirizzo (della struttura)	Via Filippo Meda, 35
Email	luisa.marano@aslromab.it
Referente (unico) per contatti	Ferrante Lorenza
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Ferrante Lorenza , CPS I, UOC Otorinolaringoiatria Campitelli Stefania , Coordinatrice Infermieristica Dipartimento Chirurgico Marano Luisa CPSE I Coordinatrice dell'Area formazione e sviluppo professionale, Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica e Ostetrica Porcelli Barbara Direttore ff. U.Org.va Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica ed Ostetrica
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	15 novembre 2011
Progettazione terminata il	15 maggio 2012
Obiettivo del Progetto	<ul style="list-style-type: none"> - Presa in carico del paziente affetto da carcinoma della laringe. - Riduzione del tempo di attesa tra la diagnosi e l'intervento chirurgico. - Facilitare la gestione del nuovo stato di salute al paziente e ai familiari. - Garantire l'informazione appropriata in risposta al bisogno terapeutico.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>La patologia oncologica per il suo specifico impatto sulla vita del paziente presenta una speciale complessità di gestione che può ulteriormente amplificare il senso di smarrimento dei pazienti. In tale contesto il paziente oncologico può percepirsi particolarmente solo ed in balia di servizi poco accessibili, nonostante gli sforzi messi in atto dal personale sanitario. L'introduzione dell'Infermiere <i>Case Manager</i> può far sì che gli utenti possano ricevere i servizi di cui hanno bisogno in modo coordinato, efficace ed efficiente, di un facilitatore che assume il compito di coordinare il percorso nei vari servizi di cui necessita il paziente. In tal modo si assicura una corretta risposta ai bisogni dei pazienti attraverso due funzioni: facilitare il contatto degli utenti con i servizi e monitorare le risposte fornite dai servizi agli utenti in modo attivo e personalizzato. L'ICM diventa il garante della risposta assistenziale secondo protocolli di intervento, dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni, dell'efficienza dei percorsi assistenziali, dell'ottimizzazione delle risorse, dell'integrazione tra bisogni e realtà assistenziale e dell'umanizzazione della macchina assistenziale.</p> <p>Si distingue nelle seguenti fasi:</p> <p><i>Fase 1</i> Incontro con il titolare della prestazione specialistica (Otorinolaringoiatra), il logopedista e il fisioterapista al fine di condividere il percorso clinico-assistenziale ambulatoriale dei pazienti affetti da Carcinoma della laringe, redazione di un protocollo assistenziale terapeutico e sua disseminazione in Azienda.</p> <p><i>Fase 2</i> Incontro con gli specialisti dei Presidi territoriali aziendali al fine di divulgare il percorso stabilito.</p> <p><i>Fase 3</i> Attuazione del percorso.</p> <p><i>Fase 4</i> Valutazione semestrale del percorso</p> <p><i>Punti di forza</i></p>

	<p>Integrazione multi professionale tra lo specialista Otorinolaringoiatra e i <i>professional</i>: Logopedista, Fisioterapista e ICM.</p> <p><i>Punti di debolezza</i> Scarsa adesione al progetto.</p> <p><i>Rischi</i> Modifica atto aziendale.</p>
Percorso sperimentale	<p>Il percorso si suddivide in quattro step fondamentali e dura circa 90 gg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I: denominata fase di pre-ricovero. Comprende la prima visita, la compilazione della proposta di ricovero e tutta la fase di pre-ospedalizzazione; - II: denominata fase di <i>counselling</i>. Comprende la comunicazione della diagnosi e della strategia terapeutica, la spiegazione dettagliata dell'iter che paziente e familiari dovranno seguire; - III: denominata fase di ricovero. Viene suddivisa in tre sottofasi: <ul style="list-style-type: none"> - IIIa: comprende il ricovero, l'intervento chirurgico, la prima fase di rieducazione logopedia e fisioterapica; - IIIb: denominata di pre-dimissione. Comprende il contatto con i centri di riferimento per il successivo trattamento CT/RT e la programmazione dei controlli post-operatori; - IIIc: comprende la compilazione della documentazione necessaria per i presidi domiciliari, educazione terapeutica al paziente e al <i>caregiver</i>, colloqui frequenti con paziente e familiari come supporto psicologico. - IV: denominata step post-dimissione. Comprende la programmazione dei <i>follow-up</i> secondo i protocolli internazionali, incontri di <i>counselling</i> tra pari, con supervisione in presenza durante i quali i pazienti già dimessi e con una soddisfacente immagine di sé vengono invitati a "raccontarsi" al neo laringectomizzato. <p><i>Strumenti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>audit</i> clinici. - <i>briefing</i> settimanali. - riunioni con il <i>team</i>. - cartella infermieristica integrata con quella clinica.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo di attesa tra prenotazione della visita ed esecuzione della visita (istituzione di un'agenda interna) <10 gg. - Tempo impiegato per completare il percorso tra <i>day-service</i>/conferma della diagnosi /pre-ospedalizzazione <30 gg. - Tempo di attesa per il ricovero <30 gg. - Tempo di attesa tra invio della proposta di ricovero ed esecuzione dell'esame in <i>day-service</i> <10 gg. - Tempo intercorso tra dimissione e primo <i>follow-up</i> <15 gg. - Tempo intercorso tra primo <i>follow-up</i> e l'eventuale attivazione dell'assistenza domiciliare <7 gg. - Tempo intercorso tra primo follow-up e riabilitazione logopedia e fisioterapica <10 gg.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - N. schede cliniche integrate compilate correttamente sul numero totale dei pazienti presi in carico. - Presenza dell'ICM alla prima visita ambulatoriale. - Presenza dell'ICM almeno una volta durante la degenza. - Presenza dell'ICM ai controlli post-chirurgici 100%. - N. ore dedicate al ricevimento familiare/paziente <10 ore. - N. contatti telefonici sul totale dei pazienti presi in carico. - N. contatti telefonici pazienti dopo la dimissione > 2 volte a settimana.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - N. questionari di gradimento compilati del paziente/familiari sul N. totale dei pazienti presi in carico. - N. giorni durata della presa in carico <90 gg - N. pazienti disponibili a possibili contatti con altri pazienti con uguale patologia. - N. pazienti soddisfatti del colloquio con un loro pari sul totale dei pazienti reclutati.

TITOLO	L'ICM nel PDTA di <i>Day Surgery</i> del paziente in regime di restrizione della libertà
Azienda	ASL Roma B
Dipartimento/Distretto	Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie
Unità operativa	UOS <i>Day Surgery</i>
Città	Roma
Indirizzo (della struttura)	Via Filippo Meda, 35
Email	luisa.marano@aslromab.it
Referente (unico) per contatti	Graziella Cavia
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Cavia Graziella , CPS Infermiera Campitelli Stefania , Coordinatrice Infermieristica Dipartimento Chirurgico Marano Luisa , CPSE I Coordinatrice dell'Area Formazione e Sviluppo Professionale, Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica ed Ostetrica Porcelli Barbara , Direttore ff. Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica e Ostetrica
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Novembre 2011
Progettazione terminata il	Novembre 2012
Obiettivo del Progetto	<ul style="list-style-type: none"> - Presa in carico del paziente chirurgico in regime di restrizione della libertà. - Inserimento della figura dell'ICM nella Medicina Penitenziaria. - Realizzazione di una Carta dei Servizi che illustri il percorso sanitario che il paziente detenuto può effettuare al di fuori della casa circondariale di provenienza.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto Azienda Altre Aziende/Altro
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>L'OMS ha sancito il principio di equivalenza delle cure come inderogabile necessità di garantire al detenuto le stesse cure, mediche e psico-sociali, assicurate a tutti gli altri membri della comunità.</p> <p>A livello nazionale si sta verificando un incremento della domanda di servizi assistenziali di tipo chirurgico, per cui si avverte la necessità di introdurre nuove forme di ricovero per tutti quegli interventi che per loro natura e complessità, possono essere effettuati in regime di ricovero esauribile entro le 24 ore.</p> <p>L'introduzione della figura dell'ICM, oltre a sostenere un nuovo modello organizzativo, può favorire una migliore gestione del paziente detenuto, che deve di necessità coinvolgere, oltre al servizio di <i>Day Surgery</i>, anche la UOC di Medicina protetta nonché gli agenti di custodia.</p> <p>Il percorso proposto si delinea nelle seguenti fasi:</p> <p><i>Fase 1</i> Incontro con il dirigente responsabile della medicina protetta del P.O. Sandro Pertini, con il Coordinatore Infermieristico del <i>Day Surgery</i>, il Chirurgo specialista e ICM, al fine di condividere il percorso clinico-assistenziale dei pazienti in regime di restrizione della libertà e quindi redazione di un protocollo assistenziale terapeutico e sua disseminazione in Azienda.</p> <p><i>Fase 2</i> Attuazione del percorso.</p> <p><i>Fase 3</i> Valutazione semestrale del percorso.</p> <p><i>Punti di forza</i> Integrazione multi professionale tra lo specialista chirurgo, la UOC Medicina protetta e la Casa Circondariale di Rebibbia e ICM.</p>

	<p><i>Punti di debolezza</i> Scarsa adesione al progetto da parte della Direzione della Casa Circondariale di Rebibbia.</p> <p><i>Opportunità</i> Ottimizzazione delle procedure di invio e trasporto dei pazienti in regime di restrizione della libertà dalla CC di Rebibbia al <i>Day Surgery</i>.</p> <p><i>Rischi</i> Modifica atto aziendale, modifiche decreti regionali di regolazione di rapporti funzionali tra Medicina Protetta e CC di Rebibbia.</p>
Percorso sperimentale	<p>Il percorso sperimentale si suddivide in tre <i>step</i>.</p> <p><i>Step 1</i> Comprende le procedure burocratiche necessarie al paziente-detenuto per accedere al ricovero in <i>Day Surgery</i>.</p> <p><i>Step 2</i> Comprende il trasferimento del paziente-detenuto dalla casa di detenzione all'ospedale per il ricovero e l'intervento chirurgico.</p> <p><i>Step 3</i> Si attiva solo in occasione della mancata dimissione del paziente per complicanze. Il paziente viene trasferito nella UOC di Medicina Protetta in regime di ricovero ordinario e sarà dimesso nei giorni successivi. Con tale trasferimento si interrompe il percorso di <i>Day Surgery</i>.</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo che intercorre tra l'indicazione al trattamento chirurgico e la pre-ospedalizzazione <30 gg. - Tempo che intercorre tra la pre-ospedalizzazione e il ricovero in <i>Day Surgery</i> <30 gg. - Tempo intercorso tra l'invio della convocazione per l'intervento chirurgico e la conferma o disdetta da parte dell'Istituto di detenzione <5 gg.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - N. pazienti trasferiti in UOC di Medicina Protetta (mancanza della scorta) sul totale dei pazienti trattati chirurgicamente. - Rapporto tra N. ricoveri programmati entro le 24 ore e N. ricoveri non programmati entro le 24 ore in <i>One Day Surgery</i>. - N. interventi non eseguiti causa logistica (mancanza della scorta e negazione N.O. del Magistrato) sul totale dei pazienti convocati.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Rapporto tra N. prestazioni chirurgiche in regime di <i>Day Surgery</i> e N. prestazioni chirurgiche in regime di ricovero. - N. interventi non eseguiti per rinuncia del paziente sul totale dei pazienti convocati. - N. pazienti con <i>compliance</i> terapeutica sul totale dei pazienti con prescrizione terapeutica. - Redazione della Carta dei Servizi 100%. - Indice di attrazione verso le CC che non risiedono nell'Azienda ASL Roma B.

TITOLO	Infermiere <i>Case Manager</i> nel percorso clinico-assistenziale ambulatoriale in pazienti affetti da Tumore colon-rettale
Azienda	ASL Roma B
Dipartimento/Distretto	Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie
Unità operativa	UOSD Chirurgia Oncologica a P.O.
Città	Roma
Indirizzo (della struttura)	Via Filippo Meda, 35
Email	luisa.marano@aslromab.it
Referente (unico) per contatti	Pilloni Antonella
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Pilloni Antonella , CPS ICM Campitelli Stefania , Coordinatrice Infermieristica Dipartimento Chirurgico Marano Luisa , CPSE I Coordinatrice dell'Area Formazione e Sviluppo Professionale, Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica e Ostetrica Porcelli Barbara , Direttore ff. Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica e Ostetrica
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Novembre 2011
Progettazione terminata il	Novembre 2012
Obiettivo del Progetto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prendere in carico il paziente affetto da tumore colon-rettale dalla comunicazione della diagnosi al <i>follow up</i> post operatorio. 2. Diminuire il tempo di attesa all'intervento chirurgico. 3. Sostenere il paziente e i familiari nella gestione del nuovo stato di salute.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Azienda
Disegno progettuale	<p>Si è consolidato in questi anni, nella consapevolezza che le problematiche connesse alla patologia investono la persona nel suo complesso, l'approccio multiprofessionale e multidisciplinare al paziente oncologico, e conseguentemente si è promossa l'organizzazione dipartimentale, che facilita la collaborazione tra i vari professionisti Oncologi, Chirurghi, Radioterapisti e specialisti dei vari organi ed apparati, al fine di elaborare un piano personalizzato di intervento integrato. Il presente progetto vuole offrire un contributo, unitamente alle altre professionalità chiamate in causa, anche attraverso la formazione di gruppi interdisciplinari, offrendo così alla persona un piano personalizzato di cura, che ha tra le sue finalità la forte integrazione di tutte le sue componenti.</p> <p>Il progetto si sviluppa nelle seguenti fasi:</p> <p>Fase 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incontri con i titolari delle prestazioni specialistiche (Chirurghi, Oncologi Medici, Endoscopisti, Radiologi) al fine di condividere il percorso clinico-assistenziale ambulatoriale dei pazienti affetti da tumore colon-rettale. - Redazione di un protocollo assistenziale terapeutico. - Disseminazione del protocollo assistenziale terapeutico in Azienda. <p>Fase 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incontro con MMMMG, Servizi Endoscopia Territoriali al fine di divulgare protocolli stabiliti. <p>Fase 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attuazione del percorso. <p>Fase 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione semestrale del percorso. <p>Punti di forza Integrazione multi professionale tra specialisti: Chirurgo, Oncologo, Istologo, Psicologo, Endoscopista, Nutrizionista, Radiologo e Radioterapista, MMMG e ICM.</p> <p>Punti di debolezza Scarsa adesione al progetto.</p> <p>Opportunità</p>

	<p>Attivazione del programma di screening nel Presidio Ospedaliero Sandro Pertini.</p> <p><i>Rischi</i> Modifica dell'assetto della struttura causa del nuovo atto aziendale.</p>
Percorso sperimentale	<p>A. Presa in carico del paziente al primo accesso ambulatoriale per valutazione chirurgica.</p> <p>B. Invio del paziente al servizio dedicato all'effettuazione degli esami di stadiazione.</p> <p>C. Riconvocazione in ambulatorio per la valutazione multidisciplinare chirurgica, oncologica, radioterapica.</p> <p>La valutazione può indicare due percorsi:</p> <p>1. <i>Trattamento chirurgico</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Colloquio con paziente e familiari per interventi educazionali in merito al nuovo stato di salute; invio in pre-ospedalizzazione chirurgica per gli esami preoperatori e una valutazione c/o il Centro Trasfusionale per eventuale auto emotrasfusione; ricovero per intervento chirurgico al termine degli accertamenti; per i pazienti portatori di enterostomi: invio per competenza all'ICM del percorso di presa in carico del paziente. <p>2. <i>Trattamento medico</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Colloquio con paziente e familiari per interventi educazionali in merito al nuovo stato di salute; invio al D.H. Oncologico o al Centro di Radioterapia per il trattamento neoadiuvante; rivalutazione chirurgica al termine del trattamento, alla quale farà seguito il percorso descritto nella fase 1); ritorno del paziente in ambulatorio dopo l'intervento chirurgico per i controlli chirurgici post-dimissione, per la prima visita oncologica e per il successivo <i>follow-up</i>; colloquio con paziente e familiari per interventi educazionali in merito al nuovo stato di salute. <p><i>Strumenti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocollo operativo del percorso. - Carta dei servizi. - Schede informative sul percorso. - Cartella infermieristica. - <i>Flow-chart</i>. - Questionari di gradimento.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo che intercorre tra la prima valutazione e l'intervento chirurgico <40 giorni. - Tempo che intercorre dalla dimissione alla prima visita oncologica <30 giorni. - Tempo di esecuzione degli esami preoperatori <30 gg. - N. schede informative consegnate sul totale dei pazienti presi in carico.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza dell'ICM alla prima visita ambulatoriale. - Presenza dell'ICM almeno una volta durante la degenza. - Presenza dell'ICM ai controlli post-chirurgici. - N. cartelle infermieristiche compilate correttamente sul N. totale dei pazienti presi in carico.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - N. questionari di gradimento compilati dal paziente/familiari sul N. totale dei pazienti presi in carico. - N. ore dedicate al ricevimento familiare/paziente <10 ore. - N. pazienti che necessitano di un secondo colloquio dopo il primo accesso. - N. contatti telefonici sul totale dei pazienti presi in carico. - Redazione N. schede informative 100%.

TITOLO	Il case management infermieristico nella disabilità degli adulti
Azienda	ASL Roma B
Dipartimento/Distretto	Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie
Unità operativa	UOS D.A.R.
Città	Roma
Indirizzo (della struttura)	Via Filippo Meda, 35
Email	luisa.marano@aslromab.it
Referente (unico) per contatti	Angelini Dania
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Angelini Dania , ICM, U.O.S. D.A.R. Marano Luisa , CPSE I, Coordinatrice dell'Area Formazione e Sviluppo Professionale, Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica e Ostetrica Puleio Cinzia , Coordinatrice Infermieristica Dipartimento Tutela Fragilità Adulti Porcelli Barbara , Direttore ff. Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica e Ostetrica
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Maggio 2010
Progettazione terminata il	Maggio 2012
Obiettivo del Progetto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favorire l'autonomia delle persone in età adulta (18/65 anni) affette da disabilità stabilizzata con compromissione per funzionamento intellettivo e/o motorio e/o misto da esito di patologie neuropsichiatriche, congenite o acquisite in età evolutiva (Ritardo mentale, Paralisi cerebrali, Distrofie muscolari, Malattie neurodegenerative). 2. Garantire la tutela e la presa in carico dell'utente nell'assistenza sanitaria e nell'assistenza sociosanitaria. 3. Valutare gli interventi di riabilitazione psicosociali necessari al mantenimento dell'autonomia funzionale. 4. Recuperare e potenziare le capacità residue al fine di evitare e/o ridurre il ricorso improprio all'istituzionalizzazione. 5. Sostenere l'utente e la famiglia nella gestione della cura alla persona. 6. Favorire le attività socializzanti dell'utente all'interno dei Centri diurni e/o laboratori sociali e/o soggiorni estivi.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto Azienda Altre Aziende/Altro
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>Il progetto è rappresentato dall'integrazione dei servizi D.A.R. e D.S.M. per garantire ai pazienti con patologie doppia diagnosi e alle loro famiglie una qualità di vita soddisfacente, salvaguardando l'autonomia e l'autostima personale. L'interazione di tutti i servizi e la "continuità assistenziale" sono in grado di portare al singolo paziente un notevole beneficio psicofisico e sociale.</p> <p>Il progetto viene svolto sulla cosiddetta "patologia a doppia diagnosi" o "patologia mista", ovvero sui pazienti con disabilità organica e con gravi disturbi comportamentali dovuti a psicosi d'innesto.</p> <p>La durata del percorso varia a seconda della gravità del paziente e può estendersi generalmente dai 6 ai 24 mesi, fino ad arrivare a 36 mesi.</p> <p><i>Fasi</i></p> <p>La prima fase prevede l'accoglienza e presa in carico dell'utente; la seconda contempla la predisposizione e l'attuazione del piano terapeutico. Nella terza fase si effettua la valutazione del percorso terapeutico assistenziale attivato.</p> <p><i>Strumenti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cartella infermieristica integrata. - Indice Complessità Assistenziale nella disabilità degli adulti. - Questionario. - Incontri periodici.
Percorso sperimentale	1. Accesso UOS D.A.R.

	<ul style="list-style-type: none"> - Diretto. - Passaggio TSMREE. - Tramite segnalazioni di Istituzioni/DSM/Scuola. - Accoglienza. <p>2. <i>Valutazione iniziale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Raccolta dati. - Motivo di Accesso. - Identificazione del bisogno. - Verifica della presa di coscienza della malattia. <p>3. <i>Predisposizione del piano di salute</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Piano clinico Terapeutico. - Predisposizione del piano assistenziale insieme al paziente e/o alla famiglia. <p>4. <i>Consulta specialistico secondo il piano di salute/assistenziale (Ambulatori territoriali)</i></p> <p>5. <i>Pianificazione e attuazione degli interventi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apertura Cartella Infermieristica. - Compilazione griglia ICA. - Acquisizione del consenso. - Riunioni DSM (1° incontro). - Riunioni periodiche coop. - Visite domiciliari DSM/D.A.R. - Coinvolgimento del <i>caregiver</i> nell'Educazione Terapeutica. (Autogestione della malattia). - Attività risocializzanti (teatro, soggiorni). - Inserimenti Centro Diurno. - Orientamento lavoro. <p>6. <i>Fase della valutazione</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Appuntamenti successivi visite periodiche al D.A.R. e attuazione protocollo d'intesa con DSM. - Verifica dello stato della malattia e del livello di autogestione. - Erogazione della prestazione, attuazione degli interventi. - Aggiornamento del protocollo di cura ed eventuali modifiche. - Riunione periodica d'équipe DSM/D.A.R. e/o coinvolgimento del <i>caregiver</i>. <p><i>Figure coinvolte</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - I.C.M. e Medico del DAR - Assistente Sociale - Neurologo - MMMMG - Coordinatore Infermieristico - Educatori professionali della cooperativa - I.C.M. del D.S.M. - Educatore studenti CdL per Infermieri - Ass. sociale X Municipio - Equipe DSM
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo che intercorre dalla segnalazione dell'Istituzione/DSM/Scuola e la valutazione iniziale: <5 gg. - Tempo che intercorre tra la valutazione iniziale e la 1^a visita con il neurologo: <15 gg.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Incontri d'équipe al mese: 100%. - N. visite domiciliari effettuate sul N. totale degli utenti presi in carico. - Compilazione corretta cartella infermieristica: 100%. - Compilazione corretta griglia dei pazienti che iniziano il percorso I.C.A.: 100%. - Griglie I.C.A. verificate a 6-12 mesi: 100%.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - N. pazienti con ICA <30 a 6 mesi dalla valutazione iniziale sul totale degli utenti presi in carico: almeno 40%. - N. pazienti inseriti in Centro diurno a 18 mesi dalla valutazione iniziale sul totale degli utenti presi in carico: almeno 30%. - N. utenti che hanno usufruito del soggiorno estivo sul numero degli utenti programmati. - N. pazienti rinunciatari al PTA sul numero degli utenti presi in carico.

TITOLO	Il <i>Case Management</i> infermieristico nel percorso assistenziale degli utenti in assistenza domiciliare prestazionale
Azienda	ASL Roma B
Dipartimento/Distretto	U.Org.va Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie
Unità operativa	Unità Operativa Complessa Cure Domiciliari e Telemedicina
Città	Roma
Indirizzo (della struttura)	Via Filippo Meda, 35
Email	luisa.marano@aslromab.it
Referente (unico) per contatti	Cutrone Assunta
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Cutrone Assunta , CPS I Cacioni Romolo , Coordinatore Infermieristico Cure domiciliari e Telemedicina Marano Luisa , CPSE I Coordinatore dell'Area Formazione e Sviluppo Professionale Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica e Ostetrica Porcelli Barbara , Direttore ff. U.Org.va Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica e Ostetrica
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Novembre 2011
Progettazione terminata il	Novembre 2012
Obiettivo del Progetto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presa in carico dell'utente richiedente prestazioni occasionali a livello domiciliare. 2. Miglioramento dell'accessibilità al servizio domiciliare. 3. Miglioramento della qualità di vita nella cronicità. 4. Prevenzione degli eventi acuti e ricoveri impropri. 5. Garanzia di una continuità assistenziale fra Ospedale e territorio.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto Azienda
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>Precedentemente ai DGR 325 e 326 /2008 che definiscono alcune attività prestazionali, venivano effettuate le prese in carico e quindi la valutazione dei bisogni sanitari degli utenti che ne facevano richiesta. Allo stato attuale, considerando anche le ristrettezze economiche della Regione Lazio, alcune attività sono state definite "occasionalì" e "prestazionali" e non presuppongono la presa in carico dell'utente né la valutazione multidisciplinare, né la stesura del PAI (Piano di Assistenza Individualizzato).</p> <p>Tutto ciò porta a non poter identificare i bisogni reali dell'utente e quindi di fatto si viene a creare una domanda assistenziale non espressa e non valutata.</p> <p>L'Infermiere <i>Case Manager</i> si propone come promotore di un percorso in cui la risposta a un bisogno assistenziale vada oltre la prestazione tecnico-professionale e si configuri come una reale "presa in carico" dell'utente e della sua famiglia.</p> <p>Il progetto si distingue nelle seguenti fasi:</p> <p>Fase 1 Incontro con il Coordinatore Infermieristico e il Dirigente Medico Responsabile della U.O.C. delle cure domiciliari, Urologo e ICM al fine di condividere il percorso assistenziale domiciliare degli utenti con redazione di un protocollo assistenziale-terapeutico e sua disseminazione in Azienda.</p> <p>Fase 2 Incontro con MMMG, al fine di divulgare protocolli stabiliti.</p> <p>Fase 3 Attuazione del percorso.</p> <p>Fase 4 Valutazione semestrale del percorso.</p>

	<p><i>Punti di forza</i> Integrazione multi professionale tra Urologo, MMMG, Medico delle cure domiciliari e ICM.</p> <p><i>Punti di debolezza</i> Scarsa <i>compliance</i> assistenziale e terapeutica dell'utente e della famiglia.</p> <p><i>Opportunità</i> - Rendere autonomo l'utente e/o il <i>caregiver</i> nella gestione del bisogno assistenziale. - Evitare ricorsi a ricoveri impropri.</p> <p><i>Rischi</i> Fruizione del servizio erogato in modo passivo.</p>
Percorso sperimentale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presa in carico dei pazienti prestazionali 2. Accertamento, Raccolta dati: anagrafici, patologici del paziente, esigenze di vita, familiari, dati sul catetere, terapia. 3. Utilizzo di scale di valutazioni per evitare rischio di cadute, lesioni da pressione, infezioni, ricoveri. 4. Educazione Terapeutica. 5. Individuazione del paziente di elezione, l'anziano con sindrome da fragilità (<i>frail elderly</i>) nei confronti del quale l'attuale organizzazione socio-sanitaria è assolutamente carente. 6. Attivazione dei servizi territoriali rispondenti a specifici <i>standard</i> funzionali ed organizzativi all'interno dell'area di competenza di ciascun distretto. 7. Attivazione del percorso di continuità assistenziale con l'Ospedale Sandro Pertini rispondente a specifici <i>standard</i> funzionali ed organizzativi all'interno dell'area di competenza di ciascun Dipartimento. 8. Attivazione di corsi di formazione specifica del <i>caregiver</i>. 9. Attivazione di corsi di formazione per familiari di anziani e per personale di assistenza non specializzato, italiano e straniero (badanti). 10. Attivazione in ciascuna ASL di un archivio informatizzato degli anziani fragili in regime di ADI che consenta la creazione di un osservatorio epidemiologico (per il monitoraggio del flusso dei pazienti nei diversi ambiti assistenziali, la valutazione dei risultati, l'analisi dei costi, ecc.); oggi in attuazione da regione Lazio ASP attraverso il SIAD. 11. Verifica degli interventi. 12. Attivazione archivio informatizzato degli anziani. <p><i>Strumenti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Scale di valutazione: Braden, Cooley. - Scheda infermieristica. - Flow-chart. - Questionari di gradimento.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo che intercorre tra l'accoglimento della richiesta e la presa in carico: <3 giorni. - Tempo che intercorre tra la presa in carico e la 1^a prestazione: <1 giorno.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - N. ore dedicate all'educazione terapeutica/assistenziale: >1 ora - N. cartelle infermieristiche compilate correttamente sul numero totale dei pazienti presi in carico - N. utenti presi in carico sul totale degli utenti che accedono al CAD.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - N. pazienti che necessitano di un ricovero per ostruzione di catetere vescicale/tenesmo/infezioni vie urinarie sul N. totale dei pazienti presi in carico. - N. questionari di gradimento compilati del paziente/<i>caregiver</i> sul N. totale dei pazienti presi in carico. - N. ore dedicate al ricevimento <i>caregiver</i>/paziente: <1 ora

	<ul style="list-style-type: none">- N. pazienti/<i>caregiver</i> che necessitano di un secondo colloquio dopo il primo accesso.- N. contatti telefonici per comunicazione criticità sul totale dei pazienti presi in carico.
--	---

TITOLO	Infermiere Case Manager nel percorso assistenziale del paziente affetto da I.R.C.T. in trattamento dialitico
Azienda	ASL Roma B
Dipartimento/Distretto	Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica e Ostetrica
Unità operativa	U.O.C. Nefrologia Dialisi e Litotrissia
Città	Roma
Indirizzo (della struttura)	Via Filippo Meda, 35
Email	luisa.marano@aslromab.it
Referente (unico) per contatti	Cellini Marika
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Cellini Marika , CPS I Marano Luisa , CPSE I Coordinatore dell'Area formazione e sviluppo professionale, Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica e Ostetrica Martinelli Gloria , CPS I Coordinatrice Infermieristica UOC Dialisi Porcelli Barbara , Direttore ff. Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica e Ostetrica
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Novembre 2011
Progettazione terminata il	Maggio 2012
Obiettivo del Progetto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prendere in carico l'utente in dialisi; 2. migliorare la <i>compliance</i> del paziente alla terapia dialitica; 3. migliorare la collaborazione tra <i>équipe</i> multidisciplinare, paziente e <i>caregiver</i>; 4. diminuire il numero di ricoveri impropri; 5. sostenere paziente e <i>caregiver</i> nella gestione del nuovo stato di salute.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>La persona affetta da I.R.C.T. deve affrontare la drammatica esperienza di una mutazione inesorabile della propria vita, che se non affrontata adeguatamente, può influire negativamente sul decorso della prognosi. La famiglia stessa può entrare in crisi, anche i familiari potrebbero aver bisogno di aiuto e soprattutto di un supporto psicologico. Da questa complessità nasce l'esigenza di creare un <i>pool</i> di professionisti, coordinati da una figura di riferimento, l'ICM. La figura dell'ICM si fa carico dell'attuazione di programmi multidisciplinari volti ad aiutare i pazienti a "diventare protagonisti" della loro vita, sollecitandoli a fare ricorso alle risorse interiori che ogni individuo possiede e a migliorare la qualità dell'assistenza, anche quella percepita dai pazienti. Si propone inoltre di ottimizzare l'uso delle risorse allo scopo di ridurre i costi economici e sociali dell'assistenza.</p> <p><i>Fasi progettuali</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Creazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) personalizzati a seconda delle esigenze del singolo e delle patologie associate. - Promozione dell'Educazione Terapeutica. - Individuazione del <i>caregiver</i> e sua partecipazione attiva al programma assistenziale. - Individuazione dell'<i>équipe</i> multiprofessionale (composta da ICM, Coordinatore infermieristico, Infermiere, Nefrologo, Dietista, Psicologo, Assistente sociale). - Creazione di una cartella infermieristica per la raccolta dati. - Codifica di una rete di collaborazione con il poliambulatorio.
Percorso sperimentale	<ul style="list-style-type: none"> - Presa in carico dell'utente. - Inserimento nel programma educativo sull'alimentazione e l'apporto idrico. - Inserimento nel programma educativo sulla gestione dell'accesso vascolare.

	<ul style="list-style-type: none"> - Inserimento nel programma di sostegno psicologico dell'utente/<i>caregiver</i>. - Verifica dell'apprendimento dell'utente/<i>caregiver</i>. - Attivazione di canali preferenziali per gli utenti in dialisi per l'esecuzione di indagini strumentali e consulenze specialistiche. - Eventuale inserimento nella lista regionale trapianti. - Pianificazione e controllo delle vaccinazioni anti HBV. - Supporto al paziente e al <i>caregiver</i> nella ricerca di Centri dialisi per le vacanze. - Valutazione del percorso. <p><i>Strumenti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocollo operativo del percorso. - Carta dei servizi. - Schede informative sul percorso. - Cartella infermieristica integrata. <p><i>Flow-chart</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionari di gradimento. - Griglie per la valutazione dell'apprendimento.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo che intercorre tra la presa in carico dell'utente e l'esecuzione di indagini strumentali: <40 giorni. - Tempo che intercorre tra la presa in carico dell'utente e le visite specialistiche: <40 giorni. - Tempo che intercorre tra la presa in carico dell'utente e l'esecuzione di indagini strumentali: <40 giorni. - N. schede informative consegnate sul totale degli utenti presi in carico.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - N. cartelle infermieristiche compilate correttamente sul numero totale dei pazienti presi in carico. - N. incontri equipe multi professionale: > settimanale.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - N. questionari di gradimento compilati dell'utente/<i>caregiver</i> sul numero totale dei presi in carico. - N. pazienti che necessitano di un secondo colloquio dopo il primo accesso. - Redazione N. schede informative: 100%. - N. utenti inseriti nel programma educazionale sul totale degli utenti con <i>deficit</i> apporto idrico. - N. <i>caregiver</i> di sostegno all'utente nella gestione dell'alimentazione sul totale di quelli formati al programma educazionale.

TITOLO	Il <i>Case Management</i> infermieristico nel percorso assistenziale domiciliare dei pazienti in ventilazione meccanica invasiva e non invasiva e dei pazienti affetti da SLA
Azienda	ASL Roma B
Dipartimento/Distretto	Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica e Ostetrica
Unità operativa	U.O.C. Cure domiciliari e Telemedicina
Città	Roma
Indirizzo (della struttura)	Via Filippo Meda, 35
Email	luisa.marano@aslromab.it
Referente (unico) per contatti	De Biase Valentina
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	De Biase Valentina , Infermiera <i>Case Manager</i> Cacioni Romolo , Coordinatore infermieristico Cure domiciliari e Telemedicina Marano Luisa , CPSE Coordinatrice Area Formazione e Sviluppo Professionale, Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica e Ostetrica Porcelli Barbara , Direttore ff. Unità Organizzativa Dirigenziale Complessa Professioni Sanitarie per l'Assistenza Infermieristica e Ostetrica
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Maggio 2010
Progettazione terminata il	Maggio 2011
Obiettivo del Progetto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presa in carico del paziente affetto da SLA o in ventilazione meccanica invasiva e non invasiva. 2. Migliorare l'accessibilità al servizio domiciliare. 3. Migliorare la qualità di vita nella cronicità. 4. Prevenire eventi acuti e ricoveri impropri. 5. Garantire una continuità assistenziale fra Ospedale e territorio. 6. Garantire l'integrazione multiprofessionale.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto Azienda
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Coinvolgimento di multiple figure professionali sanitarie e sociali</i> Le aree complessità della VAMD (Ventilazione Artificiale Meccanica Domiciliare) sono caratterizzate dalla coesistenza di più bisogni assistenziali complessi, che richiedono sia scelte di intervento condivise dal paziente e dai suoi familiari, sia interventi/attività in rapida successione cronologica, lasciando poco spazio e tempo all'improvvisazione. Nella prima fase è necessario coinvolgere tutte le figure professionali coinvolte nel PAI (Piano Assistenza Individualizzato) affinché gli obiettivi condivisi trovino attori preparati sul singolo caso. Le figure coinvolte: <ul style="list-style-type: none"> - Anestesista/pneumologo. - Specialista della deglutizione. - Nutrizionista. - Gastroenterologo. - Fisiatra. - Otorino. - Logopedista. - Fisioterapista motorio e respiratorio. - Terapista occupazionale. - Psicologo. - Psichiatra. - Medico MG e 118. Alle figure prettamente sanitarie vanno aggiunti: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Caregiver</i>. - Assistente sociale per l'integrazione socio-sanitaria. - Operatore sociale e Assistente familiare.

	<ul style="list-style-type: none"> - Volontariato. <p>2. Continuità assistenziale A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale dei malati concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al <i>caregiver</i>. Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione del PAI. Il monitoraggio delle condizioni cliniche e assistenziali del malato spetta all'ICM che, durante tutto l'arco della vita del paziente, organizza gli interventi necessari e controlla con continuità lo stato dei bisogni.</p> <p>3. Coordinamento dell'assistenza Programmazione delle attività di vita quotidiana, dei <i>caregiver</i> o di altre figure professionali, con introduzione di operatori a rotazione, per evitare la dipendenza da una sola figura (Infermiere dedicato) che spesso diventa causa di criticità, a causa di sua assenza per periodi di ferie o assenze prolungate.</p>
Percorso sperimentale	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione del PAI e condivisione con il paziente e i suoi familiari, durante la presa in carico da parte del servizio. All'interno dello stesso PAI viene individuato un <i>caregiver</i> delle cure domiciliari che diventa punto di riferimento per l'ICM nella verifica di presenza di barriere architettoniche. - Individuazione di percorsi congiunti di cura (delle lesioni da pressione del catetere vescicale a permanenza delle lesioni vascolari), prevenzione (delle complicanze da allettamento, da malnutrizione o da <i>deficit</i> della deglutizione), educazione del caregiver (dalla mobilitazione all'alimentazione, alla gestione del catetere vescicale, etc.). - Educazione Terapeutica. - Verifica degli interventi. <p>Strumenti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scale di valutazione: Craden, Cooley; - scheda infermieristica; - <i>flow-chart</i>; - questionari di gradimento; - il sistema a cui il <i>Case Manager</i> fa riferimento, costituito da - 4 UU.OO. CAD; - 40 Medici di Medicina Generale; - 2 UU.OO. di Pneumologia territoriale; - 1 servizio di Gastroenterologia territoriale + 4 UU.OO. NAD prescritti (extra territoriali); - 4 UU.OO. ausili e protesi; - 2 servizi farmaceutici territoriali; - 10 ditte fornitrici di protesi ventilatorie e materiali di consumo; - la Cooperativa in <i>service</i> fornitrice del servizio di primary nurse; - le Cooperative sociali che erogano Assistenza sociale; - la Specialistica territoriale con modalità differenti sui 4 distretti. <p>Le competenze esercitate dal Case Manager in questa linea sono molteplici e si possono raggruppare in tre grandi aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integrazione multi professionale. - Continuità assistenziale. - Coordinamento dell'assistenza.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo che intercorre tra l'accoglimento della richiesta e la presa in carico: <3 giorni. - Tempo che intercorre tra la presa in carico e la 1^a valutazione multidimensionale: <5 giorni.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - N. ore dedicate all'educazione terapeutica/assistenziale: >5 ore. - N. cartelle infermieristiche compilate correttamente sul numero totale dei

	<p>pazienti presi in carico.</p> <ul style="list-style-type: none">- N. utenti presi in carico sul totale degli utenti che accedono al CAD.- N. incontri <i>team</i> assistenziale periodici: >quadrimestrale.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none">- N. caregiver in grado di somministrare farmaci sul numero dei caregiver formati.- N. pazienti che necessitano di un ricovero per ostruzione di catetere vescicale/tenesmo/infezioni vie urinarie sul N. totale dei pazienti presi in carico.- N. pazienti che necessitano di un ricovero per ostruzione vie respiratorie sul N. pazienti presi in carico.- N. questionari di gradimento compilati del paziente/caregiver sul N. totale dei pazienti presi in carico.- N. caregiver in grado di posizionare il paziente secondo la migliore condizione di pervietà delle vie respiratorie sul N. totale dei pazienti formati.

Titolo	Gestione Dimissioni Difficili
Azienda	Fondazione Don Gnocchi ONLUS
Unità operativa	Riabilitazione Specialistica
Città	Rovato (BS)
Indirizzo (della struttura)	via Golgi, 1
Email	cprandelli@dongnocchi.it
Referente (unico) per contatti	Prandelli Claudio
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Prandelli , Coordinatore Infermieristico Callea , Responsabile Medico Galeri , Responsabile Medico Guerra , Coordinatrice Infermieristica Pelizzari , Infermiera <i>Case Manager</i> Riva , Infermiera <i>Case Manager</i>
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Gennaio 2011
Sperimentazione terminata il	Dicembre 2011
Obiettivo della Sperimentazione	Il progetto si pone gli obiettivi di: <ul style="list-style-type: none"> - migliorare la valutazione del rischio di dimissione difficile utilizzando strumenti condivisi e validati; - condividere la metodologia e formalizzare alleanze operative al fine di facilitare la comunicazione fra operatori dei vari nodi della rete socio-sanitaria; - formalizzare i passaggi comunicativi propedeutici al garantire la continuità assistenziale; - ridurre le giornate di degenza improprie conseguenti a difficoltà di dimissione; - migliorare la qualità di vita dei degenti.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto Azienda Altre Aziende/Altro
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introduzione nel percorso di valutazione e trattamento della scala di BRASS. Modifica degli aspetti organizzativi riguardanti le riunioni di team, ossia le riunioni dei professionisti (fisiatra, internista, fisioterapista ed infermiere) che hanno in carico il degente. Tali riunioni, ad oggi programmate sulla base di indicazioni derivanti dalle condizioni clinico-assistenziali, verranno programmate a scadenze predefinite, con particolare attenzione agli aspetti collegati al reinserimento sociale e l'attivo coinvolgimento dei familiari in tal senso: <ul style="list-style-type: none"> - presentazione dello strumento a tutti i professionisti coinvolti (rappresentanti delle figure professionali componenti il team riabilitativo più il Coordinamento Infermieristico); - definizione della nuova modalità di gestione dei team (rappresentanti delle figure professionali componenti il team riabilitativo più il Coordinamento Infermieristico); - raccolta dati (Coordinamento Infermieristico). 2. Estensione della nuova modalità organizzativa e utilizzo dello strumento di screening per tutte le unità operative della struttura: <ul style="list-style-type: none"> - presentazione dello strumento e della riorganizzazione a tutti i professionisti coinvolti (rappresentanti delle figure professionali componenti il team riabilitativo più il Coordinamento Infermieristico); - raccolta dati (Coordinamento Infermieristico); - comunicazione/informazione formale del percorso in essere ai referenti degli altri nodi della rete socio sanitaria con incontri mirati (rappresentanti delle figure professionali componenti il team riabilitativo più il Coordinamento Infermieristico); in questa fase

	saranno coinvolti i referenti dell'ASL quali principali interlocutori per la gestione domiciliare delle persone degenti. Verranno condivisi tempi, percorsi e modalità di contatto.
Percorso sperimentale	<p>A. Introduzione della scala di BRASS e modifica delle riunioni di team per tutti i nuovi degenti. <i>Scopo:</i> migliorare la valutazione del rischio di dimissione difficile. <i>Risorse:</i> scala di BRASS presente in cartella; riunioni di team e riunioni con la famiglia programmate; operatori ICM formati all'utilizzo della scala; operatori di Team formati alla registrazione circostanziata delle riunioni con la famiglia. <i>Prodotto:</i> scala di BRASS compilata per tutti i nuovi degenti; riunioni famiglia organizzate per tutti i degenti ad alto rischio di dimissione difficile.</p> <p>B. Comunicazione/informazione formale del percorso in essere ai referenti degli altri nodi della rete socio sanitaria. <i>Scopo:</i> condividere la metodologia e formalizzare alleanze operative; facilitare la comunicazione fra operatori dei vari nodi. <i>Risorse:</i> operatori dei vari nodi. <i>Prodotto:</i> riduzione dei tempi di contatto fra nodi della rete, condivisione di alcuni strumenti di valutazione e riduzione delle giornate di degenza fuori soglia.</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza della scala di BRASS compilata per tutti i degenti entro 48 ore dall'ingresso - 100% - Effettuazione e rendicontazione di almeno una riunione di team (Fisiatra, Internista, Fisioterapista, ICM, familiari ecc.) per tutti i degenti con alto rischio di dimissione difficile - 100%
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Stesura e consegna della lettera di dimissione integrata - 51% - Riduzione delle giornate di degenza improprie - 5%
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione giornate di degenza improprie. - Miglioramento qualità di vita dei degenti. - Miglioramento comunicazione fra nodi della rete socio-sanitaria. - La gestione delle dimissioni difficili, ad oggi lacunosa, con strumenti condivisi/validati. <p>La valorizzazione di tale aspetto all'interno di un'organizzazione gestita secondo l'ottica del <i>case management</i> evidenzierà, da un lato, l'importanza della precocità della valutazione mirata al post degenza, dall'altro migliorerà le sinergie fra i nodi della rete socio-sanitaria. In particolare l'utilizzo dell'indice di BRASS e la previsione di una figura manageriale deputata al controllo anche di questo percorso, come può essere l'ICM, costituiranno elementi arricchenti che potrebbero facilmente essere sperimentati in altre realtà operative.</p>

TITOLO	Gestione Infermieristica dell'Unità Operativa Post Acuti
Azienda	Fondazione Don Gnocchi
Unità operativa	Post Acuti
Città	Rovato (BS)
Indirizzo (della struttura)	Via Golgi, 1
Email	cprandelli@dongnocchi.it
Referente (unico) per contatti	Prandelli Claudio
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Prandelli Claudio , Coordinatore infermieristico Ricca Mauro , Direttore Sanitario Sbardellati , Medico di Direzione Sanitaria Longa , Referente infermieristica Belotti , Infermiere
	PROGETTO
Progetto iniziato il	Novembre 2006
Progetto terminato il	In corso
Obiettivo del Progetto	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilizzare i professionisti Infermieri nella gestione diretta di pazienti sub-acuti, con autonomia nella gestione del percorso di cura e nella valutazione del coinvolgimento a consulenza di altri professionisti. - Ridurre l'incidenza di cadute, infezioni, lesioni da decubito, ricoveri ripetuti, partendo dalle evidenze di bibliografia che accertano la positiva incidenza della gestione infermieristica su tali indicatori.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	- Confronto fra dati di bibliografia e risultati della sperimentazione
Percorso sperimentale	<ul style="list-style-type: none"> - Rideterminazione dell'organico infermieristico dedicato sulla base delle competenze e delle motivazioni. - Inserimento della valutazione pre-ricovero, vincolante, a cura del <i>case manager</i> (c/o l'U.O. inviante). - Gestione dei parametri relativi alla degenza sulla base di percorsi clinico-assistenziali condivisi e su scale di valutazione validate. - Gestione del rischio di dimissione difficile con coinvolgimento dei nodi della rete socio-sanitaria.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Scheda di valutazione prerequisiti di arruolamento. - Cartella assistenziale. - Scheda di dimissione.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - N. ricoveri ripetuti/N. ricoveri. - N. lesioni da decubito/ N. ricoveri. - N. cadute/N. ricoveri.
Esiti/Outcome	- Costi di gestione ridotti rispetto a realtà con gestione "classica-mediocentrica".

TITOLO	Organizzazione dell'assistenza riabilitativa per complessità assistenziale
Azienda	Fondazione Don Gnocchi
Unità operativa	Riabilitazione Specialistica
Città	Rovato (BS)
Indirizzo (della struttura)	Via Golgi, 1
Email	cprandelli@dongnocchi.it
Referente (unico) per contatti	Prandelli Claudio
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Prandelli Claudio , Coordinatore infermieristico Ricca Mauro , Direttore Sanitario Riva Giovanna , Infermiera <i>Case Manager</i>
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Novembre 2006
Progettazione terminata il	In corso
Strutture coinvolte	Azienda
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Sperimentazione sul campo
Percorso sperimentale	Confronto dei dati di bibliografia e di altre realtà riabilitative (quantitativi e qualitativi) con i dati della struttura di Rovato.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Scheda di valutazione appropriatezza del ricovero; - scale classificazione pazienti per complessità; - modulo classificazione pazienti per complessità; - cartella multiprofessionale/multidimensionale; - procedura e modulistica per la gestione delle dimissioni difficili.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Grado di soddisfazione utenti (questionari); - grado di appropriatezza dei criteri di ricovero; - percentuale di raggiungimento degli obiettivi del progetto riabilitativo.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - N. lettere di gratificazione/congratulazioni/ringraziamenti. - N. richieste di ricovero presso la struttura. - N. richieste di assunzione presso la struttura. - N. richieste di trasferimento/licenziamento dalla struttura

TITOLO	La completa integrazione delle informazioni assistenziali: esperienza di informatizzazione della cartella clinica nell'ULSS 18 Rovigo
Azienda	ULSS 18 Rovigo
Dipartimento/Distretto	Direzione Infermieristica e Professioni Tecniche e Sanitarie
Unità operativa	Direzione Infermieristica e Professioni Tecniche e Sanitarie
Città	Rovigo
Indirizzo (della struttura)	Viale Tre Martiri, 89
Email	girotto.eric@azisanrovigo.it
Referente (unico) per contatti	Girotto Erica
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Marcolongo Adriano , Direttore Generale Azienda Ulss 18 Rovigo Fenzi Federica , Soc. Qualità e Organizzazione Girotto Erica , Direzione Infermieristica e delle Professioni Tecniche e Sanitarie - Area sviluppo professionale e ricerca Gementi M. Giuseppina , DPT Tecnostruttura, Coordinatrice Sistema Informativo Aziendale Zambello Dario , Coordinamento Locale Trapianti Cariani Daniele , Soc. Qualità e Organizzazione
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	2004
Progettazione terminata il	2010
Obiettivo del Progetto	L'Azienda ULSS 18 di Rovigo ha avviato un progetto di sviluppo di <i>e-health</i> che ha coinvolto tutte le Strutture Operative Complesse, in un radicale cambiamento del sistema informativo aziendale. Obiettivo del progetto è la creazione di un sistema informatizzato di gestione delle informazioni assistenziali (cliniche e infermieristiche) in grado di: <ul style="list-style-type: none"> - gestire informazioni assistenziali centrate sui pazienti; - integrare informazioni clinico-assistenziali provenienti dai professionisti coinvolti; - rivolgersi all'intero processo assistenziale, non limitato a singole prestazioni; - garantire accessibilità dai diversi punti nei quali i processi assistenziali si svolgono; - essere considerato un sistema di funzioni dinamiche.
Strutture coinvolte	Azienda
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Il progetto complessivo si è evoluto in fasi consecutive e in parte contestuali. È stato ideato nel 2004, avviato nel 2005 e terminato nel 2010. L'intero disegno progettuale è frutto del lavoro della Direzione Generale, che ha definito gli elementi essenziali e strategici dell'intero sistema aziendale di informatizzazione clinica. <i>Prima fase: 2004 - 2007</i> <ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo della piattaforma tecnologica. - Rinnovo centro di calcolo e reti di telecomunicazione (cablaggio e wireless). - Rinnovo stazioni di lavoro (pc fissi e mobili). <i>Seconda fase: 2006</i> <ul style="list-style-type: none"> - Rinnovo di tutti gli applicativi sanitari/amministrativi di nuova tecnologia <i>web based</i> esistenti, orientati al paziente, o anche <i>client server</i>, ma tutti integrati tra loro secondo <i>standard</i> ben definiti, caratterizzati da dizionari di base comuni (stessa base anagrafica, dizionari prestazioni nazionali/regionali, utilizzo di codifiche). <i>Terza fase: 2006</i> <ul style="list-style-type: none"> - Strutturazione della cartella infermieristica da parte della Direzione Infermieristica, sulla base di: <ul style="list-style-type: none"> - analisi dei processi organizzativi e assistenziali; - preparazione di un documento assistenziale <i>standard</i> ispirato a M. Gordon per l'accertamento infermieristico e al Modello Bifocale di L.J. Carpenito per la pianificazione assistenziale;

	<ul style="list-style-type: none"> - adeguamento del documento standard alle esigenze locali dei diversi processi assistenziali; - formazione sul campo indirizzata all'implementazione e utilizzo dei modelli assistenziali citati e sulle procedure per la gestione dei documenti infermieristici; - utilizzo dello strumento e sua diffusione con raggiungimento della piena autonomia degli operatori. <p><i>Quarta fase: 2007-2010</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Completamento del percorso di personalizzazione e diffusione della cartella in tutte le Strutture Operative Complesse dei Presidi Ospedalieri di Rovigo e Trecenta (66 Reparti tra ordinario e DH/DS e tutti gli ambulatori specialistici di I e II livello) e assistenza tecnica continua al personale infermieristico h24.
Percorso sperimentale	<p>Il percorso operativo necessario alla diffusione e implementazione della cartella clinica integrata informatizzata si è sviluppato attraverso una serie di fasi gestite dal gruppo di progetto multi-professionale, in stretta collaborazione con i referenti medici ed infermieristici di reparto.</p> <p><i>Analisi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentazione del modello di cartella clinica <i>standard</i> a ciascuna Struttura Operativa Complessa. - Valutazione di eventuale altra documentazione cartacea esistente. - Raccolta di osservazioni, esigenze/bisogni e proposte. <p><i>Personalizzazione/configurazione</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Effettuazione delle personalizzazioni necessarie al soddisfacimento del fabbisogno informativo per l'utilizzo dello strumento nella pratica clinico assistenziale. <p><i>Condivisione</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Approvazione finale dello strumento configurato da parte dei referenti di Reparto. <p><i>Formazione</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Attivazione di un progetto formativo sul campo accreditato ECM a tutto il personale medico ed infermieristico, al fine di acquisire conoscenze e competenze per una corretta gestione del nuovo strumento di lavoro. <p><i>Attivazione/Implementazione</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Iniziale utilizzo della cartella clinica integrata per un numero limitato di pazienti per poi gradualmente estendere la stessa a tutti i degenti (dalle 4 alle 8 settimane in relazione alla complessità assistenziale), attraverso le seguenti fasi: <ul style="list-style-type: none"> - <i>start up</i>: utilizzo della cartella informatizzata per 2-3 pazienti mantenendo la documentazione cartacea per la prima settimana; - implementazione: progressivo aumento del numero di pazienti con cartella informatizzata nelle due-quattro settimane successive; - completamento: utilizzo per tutti i pazienti della cartella informatizzata dopo due mesi. <p><i>Monitoraggio e verifica continua</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Incontri periodici con il personale per verificare l'andamento dell'utilizzo ed eventuali criticità e monitoraggio direttamente dal sistema informatico della corretta gestione dello strumento e della documentazione sanitaria. <p><i>Strumenti operativi e assistenziali in uso</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Accertamento e pianificazione infermieristica. - Schede di rilevazione: Barthel, Norton, Conley, Dolore, Infezioni. - Scheda unica di terapia. - Diario infermieristico. - Rilevazione parametri. - Lettera di dimissione infermieristica.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Grado di reingegnerizzazione dei processi assistenziali e organizzativi. - Grado di personalizzazione per la costruzione di uno strumento trasversale. - Grado di parametrizzazione dei campi informativi (codifica delle informazioni assistenziali).

	<ul style="list-style-type: none">- Grado di integrazione tra applicativi e professionale.- Tempo dedicato alla formazione e all'assistenza.- Numero e tipologia di errori nel sistema/documentazione.- Attività di <i>benchmarking</i>/confronto con altre realtà nazionali ed internazionali.
Indicatori di risultato	<p>Ad oggi, il sistema di gestione informatizzata delle informazioni prevede:</p> <ul style="list-style-type: none">- 66 reparti con cartella clinica elettronica (medica ed infermieristica);- 650 posti letto informatizzati;- 702 Infermieri e 309 Medici utenti della cartella clinica elettronica;- 28 altre figure professionali con cartella clinica elettronica (Fisioterapisti, Logopedisti, Ortottici, ecc.);- 22.000 cartelle cliniche elettroniche gestite annualmente;- Circa 500 pazienti ricoverati gestiti giornalmente;- 2.978.916 documenti sanitari elettronici ambulatoriali.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none">- Chiarezza della documentazione assistenziale.- Immediata disponibilità della documentazione assistenziale (medica ed infermieristica).- Storicizzazione clinica di ricovero e ambulatoriale.- Informazione come risorsa condivisa.- Ottimizzazione del processo assistenziale (dal pre ricovero al <i>follow up</i>).- Alta comunicazione e integrazione professionale.- Maggiore condivisione delle informazioni tra clinici ed infermieri/tecnici.- Lavoro in <i>team</i>.- Miglioramento del processo Prescrizione /Somministrazione farmacoterapie.- Riduzione degli errori.- Facilitazione della revisione dei processi.- Riduzione dei costi connessa alla riduzione della duplicazione degli accertamenti diagnostici e delle attività assistenziali.- Appropriatezza (richieste-prestazioni).

TITOLO	Creazione e implementazione scheda <i>Assessment</i> per il personale di supporto presso l'Istituto Clinico Humanitas
Azienda	Istituto Clinico Humanitas
Dipartimento/Distretto	Servizi assistenziali ICH
Unità operativa	Degenze 03, E2, DO
Città	Rozzano
Indirizzo (della struttura)	Via Manzoni, 56
Email	rita_patrizia.tomasin@humanitas
Referente (unico) per contatti	Ripa Paola
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Ripa Paola , Responsabile orientamento inserimento addestramento Servizi Assistenziali Bonalumi Silvia , Coordinatrice degenza 03 Bassi Claudio , Responsabile governo clinico area riabilitazione e ambulatoriale Tomasin Rita Patrizia , Direzione Servizi Assistenziali
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	1° ottobre 2011
Sperimentazione terminata il	In corso
Obiettivo della Sperimentazione	Coinvolgere nel processo assistenziale la figura di supporto attraverso l'utilizzo di una documentazione che preveda la trasmissione delle informazioni da parte degli OSS verso l'Infermiere. Per poter raggiungere tale scopo, il progetto prevede momenti di formazione, implementazione e verifica dei risultati.
Strutture coinvolte	Azienda
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Sono state prese in considerazione tre diverse degenze che hanno una tipologia di paziente principalmente di tipo internistico e un gruppo di operatori di supporto consolidati e già inseriti in un <i>team</i> multidisciplinare. Una volta elaborata la scheda di <i>assessment</i> che utilizza il linguaggio del modello concettuale di riferimento della documentazione in uso presso la struttura, la stessa è stata pensata e adattata al profilo dell'operatore di supporto. La scheda è stata prima condivisa con gli OSS e contestualmente discussa con il personale infermieristico per individuare il campione di pazienti con cui sperimentarla. La sperimentazione è ancora in atto.
Percorso sperimentale	Dalla decisione presa a luglio 2011 di pensare ad un coinvolgimento attivo del personale di supporto nel processo d'assistenza, alla scheda di <i>assessment</i> proposta, il percorso è stato breve. Da tempo le informazioni dei pazienti che raggiungono in prima battuta l'OSS rischiano di essere disperse perché trasmesse verbalmente. L'idea di creare un supporto per il passaggio di questi preziosi dati attraverso uno strumento cartaceo può recuperare queste informazioni in modo chiaro, preciso e puntuale e favorire una partecipazione attiva e responsabile dell'OSS nelle attività assistenziali.
Indicatori di processo	Scheda di <i>assessment</i> .
Indicatori di risultato	Adesione totale del personale coinvolto alla sperimentazione.

TITOLO	Applicazione e valutazione del “<i>Distress Thermometer</i>” in Pazienti con Carcinoma della mammella: studio presso l’Istituto Clinico Humanitas
Azienda	Istituto Clinico Humanitas
Dipartimento/Distretto	Servizi assistenziali ICH
Unità operativa	APS
Città	Rozzano
Indirizzo (della struttura)	Via Manzoni, 56
Email	paola.ripa@humanitas.it
Referente (unico) per contatti	Ripa Paola
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Dacomi Alessandra , Infermiera Passadori Lorena , Direzione Servizi Assistenziali Barillà Rina , Infermiera APS Panigada Laura , Infermiera APS Mencaglia Emanuela , Psicologa Giannocari Walter , Coordinatore Morengi Emanuela , Biostatista Ripa Paola , Responsabile inserimento orientamento e addestramento Servizi Assistenziali
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Gennaio 2011
Sperimentazione terminata il	Ottobre 2011
Strutture coinvolte	Azienda
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>È stato preso in considerazione un gruppo di donne che accedono consecutivamente in prericovero per intervento al seno con diagnosi di Carcinoma, sospetto Carcinoma o nodulo mammario, con età compresa fra i 18 e i 75 anni, con conoscenza e comprensione della lingua italiana.</p> <p>I criteri per l'esclusione sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - presenza di Carcinoma della mammella metastatico a distanza; - gravi malattie concomitanti invalidanti o pregiudizievoli dell'equilibrio psichico della paziente; - precedenti trattamenti per patologia tumorale maligna; - patologie psichiatriche note; - analfabetismo e trattamenti psicofarmacologici in atto. <p>Al campione verrà somministrato un questionario composto dal <i>Distress Thermometer</i> o Termometro del Disagio (TD) e la Lista dei problemi, lo stesso è poi riproposto nel post operatorio.</p> <p>Lo strumento utilizzato, creato e validato nel 1998, è utilizzato per lo <i>screening</i> del disagio in Oncologia ed è raccomandato dal <i>US National Cancer Care Network (NCCN)</i>.</p> <p>La versione italiana è stata tradotta e valicata dalla Società Italiana di Psico-Oncologia (SIPO). Questo strumento valuta l'estensione del disagio provato dalle pazienti nell'ultima settimana, assegnando un numero in una scala che va da 0 a 10, in modo da quantificare il disagio provato.</p> <p>Il valore di <i>cut-off</i> individuato è 4, come identificato dalle ultime linee guida sulla gestione del <i>distress</i> in Oncologia (<i>NCCN Guidelines</i>).</p> <p>La lista dei problemi allegata elenca 34 problemi raggruppati in 5 settori: aspetti pratici, familiari, emozionali, spirituali/religiosi e fisici. La paziente deve indicare con un Sì o con un No se nell'ultima settimana ha sperimentato ognuno degli <i>item</i>.</p> <p>Nel prericovero il questionario viene consegnato durante la visita infermieristica di preparazione all'intervento, mentre nel post operatorio la somministrazione avviene in degenza, direttamente nella stanza della paziente, nei giorni immediatamente successivi all'intervento. Le pazienti compilano il questionario in autonomia senza essere aiutate, né incoraggiate.</p>

Percorso sperimentale	<p>Dalla decisione presa nel gennaio 2011 di portare a termine la sperimentazione, fino all'inizio della raccolta dei dati, è stato necessario richiedere i permessi e le autorizzazioni necessarie, procedere con la stesura dei documenti da consegnare alle pazienti (lettera informativa, consenso informato, questionario) e organizzare il lavoro di somministrazione dei questionari.</p> <p>Nel periodo da maggio a ottobre 2011 sono stati somministrati 123 questionari di prericovero e solo 98 pazienti lo hanno riconsegnato compilato (80%): 25 pazienti, dopo aver aderito allo studio, non hanno riconsegnato il questionario.</p> <p>Nel post-operatorio 46 donne hanno riconsegnato il questionario (47%), mentre 52 pazienti non lo hanno compilato.</p> <p>Le diagnosi considerate sono: Carcinoma della mammella (72%), sospetto Carcinoma mammario (15%) e nodulo mammario (14%). L'età media delle donne intervistate è 51,3 anni (ds 11.8).</p> <p>Dai dati raccolti è stato possibile, una volta analizzati utilizzando il programma STATA 11, ottenere i risultati.</p>
Indicatori di risultato	<p>Si è deciso, basandoci sulle ultime linee guida sulla gestione del <i>distress</i>, di considerare un <i>cut-off</i> di 4 per il Termometro del Disagio (<i>NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology TM, V 1.2011 Distress Management</i>).</p>
Esiti/Outcome	<p>La percentuale delle donne che presentano un punteggio del TD sopra il <i>cut-off</i> passa dal 66 al 55% dal pre al postoperatorio: quindi è visibile il miglioramento, ma più della metà delle pazienti rimane sopra il <i>cut-off</i>.</p> <p>Le differenze in ambito di diagnosi non sono significative sul punteggio ($p>0,05$). I problemi più frequentemente manifestati sono: preoccupazione, paure, tristezza, tensione/nervosismo e problemi di sonno. Nel post il dolore si inserisce al posto della tristezza.</p> <p>Si presentano elevate le percentuali che esprimono la presenza di almeno un problema di ambito emozionale e fisico.</p> <p>In questo ambito emerge come la donna debba essere supportata, nell'affrontare i problemi che si presentano, dalla figura infermieristica, che se opportunamente formata e coinvolta, può costituire un importante elemento per l'identificazione e la gestione del <i>distress</i>.</p>

TITOLO	Progetto Qualità finalizzato alla prevenzione del dolore procurato/procedurale nei pazienti presso l'Istituto Clinico Humanitas
Azienda	Istituto Clinico Humanitas
Dipartimento/Distretto	Servizi assistenziali Unità operativa: Area Chirurgia Generale, Area Riabilitativa, Area Oncologica, Area Chirurgica Polispecialistica, Area Servizio di Emodialisi
Unità operativa	Area Chirurgia Generale, Area Riabilitativa, Area Oncologica, Area Chirurgica Polispecialistica, Area Servizio di Emodialisi
Città	Rozzano
Indirizzo (della struttura)	Via Manzoni, 56
Email	rita_patrizia.tomasin@humanitas
Referente (unico) per contatti	Tomasin, Rita Patrizia
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Garfalo Elena , Coordinatrice infermieristica 01 Caravaca Monica , Coordinatrice infermieristica Caldani Chiara , Coordinatrice infermieristica Monica Emma Corrada , Coordinatrice infermieristica Fontana Carlo , Coordinatore infermieristico Rech Alessandra , Coordinatrice infermieristica Tomasin Rita Patrizia , Direzione Servizi Assistenziali Passadori Lorena , Direzione Servizi Assistenziali
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Maggio 2011
Sperimentazione terminata il	In corso
Obiettivo della Sperimentazione	Sulla base della necessità di misurare e valutare l'impatto dell'esperienza dolorosa dovuta alle procedure diagnostiche terapeutiche, il progetto di Prevenzione del dolore negli utenti sottoposti a manovre invasive si pone come obiettivo quello di valutare ed individuare il significato del sintomo dolore nel singolo malato e su questa base stabilire ed attuare un programma di revisione delle <i>best practice</i> .
Strutture coinvolte	Azienda
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<ul style="list-style-type: none"> - Misurazione sia del sintomo dolore durante l'ospedalizzazione, sia del miglioramento del vissuto del paziente grazie al contenimento del dolore sofferto, attraverso l'applicazione di buone pratiche, riducendo la paura e il <i>distress</i> emozionale che accompagnano l'esecuzione della procedura e annullandone il ricordo negativo. - Creazione di protocolli di controllo e contenimento del dolore sofferto dal paziente valutando gli atti procedurali e attraverso l'azione di una opportuna formazione del personale infermieristico e di supporto per modificare l'approccio alla pratica assistenziale al fine di migliorare l'esperienza vissuta dal paziente. - Condivisione del progetto con il personale infermieristico ed OSS delle relative aree interessate al progetto di studio.

Percorso sperimentale	<ul style="list-style-type: none">- Formazione di gruppi di lavoro formati da esperti che progetteranno un piano operativo che permetterà una revisione bibliografica per individuare evidenze scientifiche in grado di supportare il progetto stesso.- Creazione di una griglia per la raccolta dati, una volta identificate le manovre assistenziali/procedure che possono provocare dolore.- Elaborazione dei dati, che permetterà la selezione delle pratiche/procedure di maggiore impatto sul dolore procurato nelle singole aree, oggetto di studio e di una revisione sistematica della letteratura.- Sviluppo di un programma di formazione continua al personale infermieristico sulle <i>best practice</i> aggiornate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili e diffusione attraverso una formazione specifica anche delle tecniche “distruttive” da poter attuare al momento di manovre sul paziente che potrebbero risultare dolorose.
Indicatori di risultato	<p><i>Indicatori intermedi</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Sul totale delle procedure che potrebbero dare dolore verranno affrontate dal progetto almeno il 50% di quelle individuate dallo studio iniziale.- Sul totale del personale infermieristico e di supporto appartenente all'interno del perimetro di progetto, il 90% avrà frequentato il Corso Formativo previsto. <p><i>Indicatori finali</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Una riduzione di almeno 2 punti della Scala del Dolore somministrata ai pazienti durante le procedure/manovre su cui si era mirato l'intervento migliorativo (dove inizialmente questo era stato rilevato importante, da >3 in poi).

Titolo	La cartella infermieristica in Chirurgia: scrivi quello che fai, fai ciò che scrivi, dimostra ciò che hai fatto, pensa a come migliorarlo.
Azienda	ASL CN 1
Dipartimento/Distretto	Chirurgico
Unità operativa	Chirurgia, Ginecologia, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Oculistica, Urologia, Sala endoscopica di Urologia, Sala parto.
Città	Savigliano
Indirizzo (della struttura)	Via Ospedali, 14
Email	rosanna.ghersi@aslcn1.it maria.valente@aslcn1.it
Referente (unico) per contatti	Gherzi Rosanna
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	<p>Scaffidi Maria Carmela, Direttore delle Professioni Sanitarie e Coordinamento Servizio Sociale Aziendale ASL CN1, Direttore S.C., Responsabile scientifico</p> <p>Gherzi Rosanna, Coordinatrice S.C. Ginecologia</p> <p>Valente Maria, Coordinatrice S.C. Urologia</p> <p>Bossolasco Marta, Infermiera (studentessa Master in Coordinamento)</p> <p>75 professionisti comprendenti gli Infermieri e i Coordinatori delle S.C. chirurgiche</p>
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	1° ottobre 2011
Progettazione terminata il	In corso
Obiettivo del Progetto	<ul style="list-style-type: none"> - Uniformare la cartella infermieristica nelle varie strutture chirurgiche con schede in parte comuni e con altre interscambiabili, in rapporto alla casistica clinica e alla diversa complessità assistenziale. - Elaborare uno strumento operativo progettato e gestito dall'Infermiere per permettere una migliore conoscenza del paziente. - Documentare i problemi e gli interventi attuati. - Agevolare un'assistenza personalizzata. - Favorire l'interazione, l'integrazione e l'uniformità dei comportamenti fra i professionisti appartenenti alle varie S. C.
Strutture coinvolte	Dipartimento/Distretto
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<ul style="list-style-type: none"> - Somministrazione di un questionario a tutti gli Infermieri del Dipartimento Chirurgico. - Elaborazione dei dati raccolti. - Programmazione di un corso ECM. - Lezione in plenaria. - Lavoro a piccoli gruppi misti (professionisti di diverse S. C.).
Percorso sperimentale	<ul style="list-style-type: none"> - Creazione di una nuova cartella infermieristica. - Sperimentazione e attuazione della cartella infermieristica per un anno. - Apporto di eventuali modifiche in base alle criticità evidenziate. - Stesura definitiva della cartella infermieristica e delle varie schede specifiche per ogni S. C.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza di tutti i dati contenuti nelle linee guida relative alla cartella infermieristica. - Rintracciabilità dell'operatore. - Facile visibilità e chiarezza grafica.
Indicatori di risultato	La fase sperimentale durerà un anno, quindi, i risultati non sono stati ancora analizzati.
Esiti/Outcome	Rendere più facile l'implementazione e l'utilizzo a tutto il personale infermieristico del Dipartimento garantendo, quindi, una migliore qualità assistenziale alla persona assistita.

Titolo	Implementazione Cartella Infermieristica ICACODE nelle aree infermieristiche territoriale e ospedaliera della USL 7 di Siena
Azienda	Azienda USL 7 di Siena
Dipartimento/Distretto	Dipartimento Infermieristico Ostetrico
Città	Siena
Indirizzo (della struttura)	Piazzale Rosselli, 26
Email	m.aurigi@usl7.toscana.it
Referente (unico) per contatti	Aurigi Michele
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	<p>Becattini Giovanni, Infermiere Dirigente, Direttore Dipartimento Infermieristico Ostetrico</p> <p>Aurigi Michele, Infermiere Coordinatore P.O. Processi Ospedale - Dipartimento Infermieristico Ostetrico</p> <p>Campolmi Carla, Infermiera Coordinatrice P.O. Appropriatelyzza - Area Infermieristica Territoriale</p> <p>Bonechi Angela, Infermiera Coordinatrice P.O. Processi Formazione e Sviluppo - Area Infermieristica Ospedaliera</p> <p>Fusi Tiziana, Infermiera Coordinatrice P.O. Processi Formazione e Sviluppo - Area Infermieristica Ospedaliera</p>
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Giugno 2011
Progettazione terminata il	In corso
Obiettivo del Progetto	Implementazione del software ICACODE come cartella infermieristica informatizzata, strumento di pianificazione, misurazione della complessità e valutazione della qualità assistenziale nell'Azienda USL 7 di Siena.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto Azienda
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p>Il progetto nasce nel mese di giugno 2011 con la creazione di un Gruppo di Progetto dedicato, che ha provveduto, da subito e per tutto il mese, alla definizione degli obiettivi e del percorso per il raggiungimento del <i>target</i>, fissando una serie di <i>step</i> intermedi per giungere alla implementazione del <i>software</i> a livello aziendale entro il 31 dicembre 2012.</p> <p>Pertanto, per il 2011, gli obiettivi sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - individuazione di un modello teorico di riferimento; - lavori di gruppo dipartimentali per la creazione di due nomenclatori delle attività (ospedaliero e territoriale); - sviluppo di interviste mirate all'accertamento infermieristico; - creazione di alcuni modelli di pianificazione <i>standard</i>. <p>Parallelamente si è proceduto alla pianificazione e all'avvio del percorso formativo (che proseguirà a tutto il 2012) rivolto a tutto il personale infermieristico aziendale.</p>
Percorso sperimentale	Da gennaio 2012 è previsto l'inizio della fase sperimentale, che vedrà partire parallelamente alcune strutture ospedaliere ed altre territoriali nell'utilizzo dello strumento; ad esse si aggiungeranno successivamente tutti gli altri servizi, in <i>step</i> bimestrali, secondo un cronoprogramma predefinito che porterà alla totale implementazione di ICACODE nei percorsi ospedalieri e territoriali aziendali entro il 31 dicembre 2012.
Indicatori di processo	Implementazione del <i>software</i> ICACODE a livello aziendale nei tempi previsti dal progetto (31 dicembre 2012).
Indicatori di risultato	Pianificazione, gestione e valutazione qualitativa dell'assistenza infermieristica nei servizi aziendali con lo strumento ICACODE.
Esiti/Outcome	<p><i>Esiti attesi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Crescita culturale e professionale con condivisione di modelli e metodologie di lavoro. - Documentazione infermieristica uniformata a livello aziendale.

- 
- Creazione di database con possibilità di immediata fruizione dei dati.
 - Calcolo della complessità assistenziale, con potenziali sviluppi riguardo l'organizzazione dei servizi e dei percorsi, nonché nella gestione delle risorse.
 - Possibilità di *benchmarking*.

Titolo	Riorganizzazione dell'Area Chirurgica in relazione alle giornate di degenza presunte e secondo il modello per intensità di cure
Azienda	USL 7 Siena
Dipartimento/Distretto	Dipartimento Infermieristico e Ostetrico
Unità operativa	Assistenza infermieristica Ospedaliera
Città	Siena
Indirizzo (della struttura)	Piazza Rosselli, 26 53100 Siena
Email	g.bugnoli@usl7.toscana.it
Referente (unico) per contatti	Bugnoli Gianluca
Telefono referente	331 6467244
Email referente	g.bugnoli@usl7.toscana.it
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Bugnoli Gianluca , Dirigente infermieristico Terrosi Cinzia , Responsabile infermieristica del Dipartimento di Assistenza e Cura Floreddu Barbara , Coordinatrice Blocco Operatorio De Pari Roberto , Infermiere collaboratore professionale Becattini Giovanni , Direttore del Dipartimento Infermieristico e Ostetrico
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	14 novembre 2011
Progettazione terminata il	Maggio 2012
Obiettivo del Progetto	<ul style="list-style-type: none"> - Riorganizzazione dell'Area Chirurgica sullo storico di 3 distinte realtà: Ortopedia, Chirurgia generale e Ginecologia. - Creazione di percorsi assistenziali differenziati in base alla degenza presunta in due diversi settori: <i>week-surgery</i> (dalle 7 del lunedì alle 19 del venerdì) e <i>long surgery</i>. - Revisione calendario settimanale dell'attività chirurgica. - Utilizzo funzionale dei posti letto con reingegnerizzazione dei percorsi clinico assistenziali.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<ul style="list-style-type: none"> - Fase di preparazione alla presa in carico del paziente con suddivisione dell'area chirurgica in 2 settori denominati <i>week-surgery</i> e <i>long-surgery</i>. - Predisposizione di 2 moduli differenziati nel settore definito <i>long-surgery</i>. - Adeguamento/revisione dei percorsi clinico-assistenziali differenziati per modalità di accesso (programmato e urgente).
Percorso sperimentale	<ul style="list-style-type: none"> - Inizio sperimentazione: 14/11/2011. - Valutazione e revisione <i>in itinere</i>. - Somministrazione di questionario di gradimento rivolto all'utenza interna ed esterna. - Termine fase sperimentale dopo 6 mesi. - Istituzionalizzazione della nuova organizzazione.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Soddisfazione dell'utenza interna ed esterna misurata con la somministrazione di un questionario (almeno il 70% di gradimento sul campione preso in esame). - Il nuovo percorso clinico assistenziale risponde alle esigenze dettate dal progetto di riorganizzazione.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimento della degenza media sul dato storico. - Disponibilità di posto letto per il paziente programmato e come risposta adeguata al ricovero urgente
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Nel 100% dei casi la <i>week-surgery</i> chiude il venerdì alle ore 19.00. - Meno del 5% dei pazienti viene trasferito dalla <i>week-surgery</i> alla <i>long-surgery</i>.

Titolo	La sperimentazione toscana del <i>See and Treat</i> : possibile scelta paradigmatica per il futuro dell'Infermiere
Azienda	AUSL 7 di Siena
Dipartimento/Distretto	Dipartimento Infermieristico Ostetrico
Unità operativa	Dipartimento Infermieristico Ostetrico
Città	Siena
Indirizzo (della struttura)	Piazza Rosselli, 26
Email	g.becattini@usl7.toscana.it
Referente (unico) per contatti	Becattini Giovanni , Direttore del Dipartimento
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Rosselli Alessandro , Direttore Dipartimento EU, AS Firenze Ruggeri Marco , Infermiere DEA, A.O.U. Careggi di Firenze Massai Danilo , Direttore Agenzia Formativa, ASL11 Firenze Francois Cesare , Medico emergenza Berni Giancarlo , Responsabile Osservatorio Regione Toscana EU Cappugi Marina, Medico emergenza
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Novembre 2010
Sperimentazione terminata il	Maggio 2011
Obiettivo della Sperimentazione	Verificare la possibilità di ottimizzare il percorso degli assistiti nel Dipartimento d'emergenza attraverso lo sviluppo del certificato di competenza per l'Infermiere e monitorando indicatori di processo ed esito.
Strutture coinvolte	Altre Aziende/Altro
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Studio osservazionale multicentrico con valutazioni <i>pre-post</i> e <i>path to path</i> .
Percorso sperimentale	<ul style="list-style-type: none"> - Analisi della casistica. - Formazione di medici e Infermieri. - Valutazione di risultato. - Attivazione del percorso <i>See and Treat</i> in sei PS/DEA della Regione Toscana.
Indicatori di processo	156.958 utenti nel periodo di sperimentazione nei 6 PS. Di questi, 116.035 ammessi in orario diurno, fascia di apertura del <i>See and Treat</i> . I casi trattati nel percorso <i>See and Treat</i> rappresentano il 6,37% (IC 95% 6,22% - 6,65%) di tutti i pazienti (tutti i codici) ammessi in fascia 8-20. L'analisi dei tempi di attesa del percorso <i>See and Treat</i> rispetto al percorso tradizionale evidenzia una netta e significativa riduzione delle attese per tutti i casi trattati in S&T (P< 0,0001 con T-Test di Student) e analoghi risultati sul tempo di permanenza in PS.
Indicatori di risultato	Riduzione degli allontanati spontaneamente sia prima che durante il trattamento S&T rispetto ai pazienti che accedono al PS: ad esempio, gli allontanati prima del trattamento si riducono dall'1,6% allo 0,4% (P<0,0001 con Test chi quadrato e correzione di Yates). Risultato analogo e sovrapponibile per gli allontanati durante il trattamento che passano dall'1,8% allo 0,3% (P<0,0001 con Test chi quadrato e correzione di Yates). Complessivamente gli allontanamenti da PS si riducono dal 3,4% allo 0,7% e non si registrano ripresentazioni a 72h per stessa diagnosi.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Ottimizzazione del percorso in DEA. - Certificazione ed esportazione di competenza. - Riprogettazione organizzativa e professionale.

TITOLO	Valorizzare la professione infermieristica sul territorio: lo Studio associato tra professionisti come formula vincente
Azienda	Studio Infermieristico Associato Cecchetto, Salvatori e Associati
Dipartimento/Distretto	Territorio Provincia Milano
Unità operativa	Studio associato
Città	Solaro
Indirizzo (della struttura)	Via Antonio Rosmini, 11
Email	amministrazione@studioinfermieristicocecchetto.it
Referente (unico) per contatti	Cecchetto Luca
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Cecchetto Luca , Infermiere coordinatore Turcoi Claudio , Infermiere esperto in <i>wound care</i>
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	10 gennaio 2010
Progettazione terminata il	31 dicembre 2011
Obiettivo del Progetto	Raggiungimento di un modello organizzativo all'interno di uno Studio associato tra professionisti
Strutture coinvolte	Altre Aziende/Altro
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<i>Fattori di entrata (input)</i> - Domanda assistenziale e bisogno espresso dal territorio. - Mercato (cliente/fornitore). <i>Variabili interne o meccanismo operativo</i> - Organizzazione dello Studio e la gestione delle risorse umane ed economiche (funzioni-gramma, strumenti di <i>management</i> , ecc.). <i>Variabili in uscita (output/outcome)</i> - Risultato atteso dal processo "produttivo" ovvero dall'organizzazione dello Studio in relazione alle prestazioni erogate al cliente/fornitore (soddisfazione del cliente).
Percorso sperimentale	Lo Studio associato è sul territorio dal 2003. Dall'inizio 2010 ha iniziato un percorso di "professionalizzazione" al suo interno, utilizzando strumenti manageriali e applicandoli al contesto libero professionale.
Indicatori di processo	Pianificare n. X strumenti operativi da adottare all'interno dello Studio associato per la produzione di un servizio ad alta valenza etica e professionale tenendo in considerazione alcuni fattori: - burocrazia; - richiesta per l'assunzione dell'incarico libero professionale; - standardizzazione e omogeneizzazione degli interventi (protocolli e linee guida); - definizione degli obiettivi e monitoraggio dell'attività (efficacia ed efficienza).
Indicatori di risultato	Raggiungimento di un risultato positivo: >90% di <i>customer satisfaction</i> nei servizi somministrati ai clienti/fornitori.
Esiti/Outcome	L'organizzazione interna dello Studio associato porta ad erogare un servizio infermieristico qualitativamente elevato (soddisfazione del cliente). Aumento della domanda, richiesta di assistenza.

Titolo	La comunicazione ipnotica nella gestione del dolore e dell'ansia da procedure diagnostico-terapeutiche: dalla teoria alla pratica
Azienda	AOU San Giovanni Battista Torino
Dipartimento/Distretto	Oncologico/Medicina
Unità operativa	Gastroenterologia
Città	Torino
Indirizzo (della struttura)	C.so Bramante, 88 Torino
Email	smoio@molinette.piemonte.it
Referente (unico) per contatti	Muro Filomena , Infermiera
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Muro Milena , Infermiera SC Terapia del dolore e Medicina Palliativa, AOU San Giovanni Battista di Torino Moio Stefania , Coordinatrice infermieristica SC Gastroenterologia, AOU San Giovanni Battista di Torino Ragaccio Angela , Infermiera pedagoga SC OSRU, AOU San Giovanni Battista di Torino
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	1° febbraio 2011
Sperimentazione terminata il	30 giugno 2011
Obiettivo della Sperimentazione	Migliorare, attraverso un percorso formativo specifico teorico-pratico, le competenze comunicative degli operatori, medici e infermieri, operanti nella SC Gastroenterologia dell'AOU San Giovanni Battista di Torino. La realizzazione del progetto è finalizzata a ridurre dolore e ansia da procedura, aumentare la <i>compliance</i> dei/le pazienti nell'effettuazione di gastro e colonscopie e ridurre il ricorso all'utilizzo della terapia farmacologica, nell'ottica di una maggiore umanizzazione delle cure e di una razionalizzazione degli interventi.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Nell'ambito del Progetto "Ospedale senza dolore", il Comitato dell'Azienda San Giovanni Battista di Torino, in collaborazione con la SC Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane-Formazione e Aggiornamento, ha realizzato da alcuni anni dei percorsi formativi animati da una duplice finalità: sensibilizzare/aggiornare gli operatori sulla misurazione, trattamento, monitoraggio e valutazione del dolore dei/le pazienti e fornire competenze per la gestione dell'ansia e del dolore in persone da sottoporre a procedure diagnostiche e trattamenti invasivi. Dopo una prima esperienza condotta nel 2008 con pazienti sottoposte a mammografia, si è progettato di ripetere l'esperienza in un altro settore. Questo progetto è indirizzato a Operatori, Medici e Infermieri della SC Gastroenterologia che eseguono indagini diagnostiche endoscopiche (gastroscopie e colonscopie). Dopo la frequenza di un corso teorico avanzato, sperimentano in affiancamento/tutorato i protocolli di analgesia non farmacologica (ipnosi medica) finalizzati a migliorare la qualità delle prestazioni e aumentare il benessere della persona. Si è inteso sperimentare una formazione teorico-pratica attraverso un percorso sviluppato in due momenti consequenziali (formazione residenziale e sul campo), con una verifica dei risultati attesi attraverso la costruzione di un data base contenente i dati relativi al consumo di farmaci, alla riduzione dei costi relativi al personale e alla qualità percepita del paziente e degli operatori.
Percorso sperimentale	1) Realizzazione di un Corso teorico (3 giorni, per un totale di 21 ore di impegno - 24 crediti ECM) condotto da un Medico, una Psicoterapeuta e una Infermiera per sviluppare competenze nella realizzazione di un approccio umanistico riferito al/la paziente che accede ai servizi di diagnostica endoscopica. L'utilizzo di semplici tecniche di induzione ipnotica può agire favorendo un incremento di efficacia e un miglioramento della qualità dell'assistenza. L'evento intende sensibilizzare gli operatori sanitari alla necessità di porre attenzione alla comunicazione per favorire la

	<p>riduzione del dolore inutile e dell'ansia, prima, durante e dopo le procedure diagnostiche e terapeutiche. Già nel Corso si sperimentano semplici strumenti induttivi per calmare e riprendere il controllo, come anche strategie d'induzione ipnotica specificamente finalizzate alla riduzione dell'ansia e del dolore da procedura.</p> <p>2) Realizzazione di un percorso pratico nel Servizio di Endoscopia della SC Gastroenterologia dell'Azienda, con la supervisione di un <i>Tutor</i> (Infermiera esperta di comunicazione ipnotica), destinato agli operatori che hanno frequentato il corso teorico.</p> <p>La finalità è di rendere autonomi i partecipanti (4 Medici e 13 Infermieri) nell'esecuzione di esami endoscopici ai/lle pazienti utilizzando tecniche di comunicazione ipnotica, al fine di ridurre ansia e dolore.</p> <p>L'esperienza guidata prevede la sperimentazione di ciascun operatore (in affiancamento/supervisione individuale) delle tecniche ipnotiche su almeno 12 pazienti (10 gastroscopie e 2 colonscopie) durante tutte le fasi previste dalla procedura. Prima, durante e dopo l'intervento è monitorato l'effettivo beneficio dell'uso di tale tecnica.</p> <p>Attraverso l'osservazione diretta, il <i>Tutor</i> valuta la competenza comunicativa degli operatori, fornisce <i>feedback</i> formativi e una valutazione certificativa finale (<i>check list</i>), che attesta il raggiungimento di una buona competenza comunicativa con il/la paziente.</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo di farmaci ipnotici per sedazione (Midazolam e N-butibromuro di Joscina) e per narcosi (Propofol e Fentanest). - Numero di richieste di narcosi. - Tempo di attesa per dimissione dopo la procedura (dai 30 ai 60 minuti per valutazione del grado di vigilanza e dei parametri vitali; una giornata di degenza se in narcosi). - personale dedicato alla dimissione (Infermieri e Anestesisti). - Costo attività (farmaci, tempo, personale). - Soddisfazione del paziente. - Soddisfazione degli operatori.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione del 90% dell'uso dei farmaci per effettuare la procedura. - Annullamento delle richieste di narcosi per effettuare la procedura. - Riduzione del tempo di sosta del paziente dopo la procedura (inferiore a 30 minuti). - Riduzione del tempo dedicato al paziente da parte del personale e delle risorse umane (1 Infermiere per la rilevazione del livello di vigilanza e dei parametri vitali, 1 Anestesista se è stata utilizzata narcosi, con valutazione degli esami ematochimici, ECG, con un giorno di degenza). - Riduzione del costo delle procedure. - Buon livello di qualità percepita da parte dei/lle pazienti (gradimento in una scala da 0 a 10 superiore al 7 in più del 90% dei soggetti e superiore al 9 in almeno il 50% dei soggetti; per il 90% dei/lle pazienti il dolore riferito è inferiore a NRS 3). - Buona accettazione da parte degli operatori.
Esiti/Outcome	<p>La sperimentazione effettuata su 188 pazienti ha dimostrato che l'utilizzo di tecniche di comunicazione ipnotica permette una significativa riduzione dell'uso dei farmaci, un risparmio in termini di tempo, personale dedicato e materiali, nonché un aumento significativo della qualità delle cure e dell'umanizzazione dell'assistenza.</p> <p>La valutazione della qualità percepita da parte dei pazienti documenta un elevato livello di gradimento delle tecniche comunicative adottate (riduzione significativa di ansia e dolore, aumento del rilassamento, del comfort, dell'accoglienza, del benessere e riconoscimento dell'aiuto ricevuto dagli operatori, soprattutto dagli Infermieri).</p> <p>Gli operatori riferiscono una aumentata motivazione e il recupero della funzione relazionale specifica della loro professione.</p>

Titolo	Il profilo di posto e il processo di valutazione: quale integrazione? Esperienza dell'azienda sanitaria TO2 di Torino
Azienda	ASL TO2
Dipartimento/Distretto	Tutti
Unità operativa	Tutte
Città	Torino
Indirizzo (della struttura)	Piazza Donatore di Sangue 3
Email	simona.facco@unito.it
Referente (unico) per contatti	Facco Simona
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Finiguerra Ivana , Responsabile Sitra Aslto2 Fuggetta Leonardo , Cpse Dimichele Simonetta , Cpse Facco Simona , Cpsi Dimonte Valerio , Professore Associato Med 45, Università di Torino
	PROGETTO
Progetto iniziato il	Gennaio 2010
Progetto terminato il	Dicembre 2011
Obiettivo del Progetto	<p>Il Servizio delle Professioni Sanitarie dell'Azienda Sanitaria Locale TO2 (ASL TO2) di Torino si è posto come obiettivo per l'anno 2010 di costruire la scheda di valutazione del personale neo-assunto e il relativo piano di inserimento, integrandoli con i profili di posto già elaborati l'anno precedente. Il processo è avvenuto tenendo conto degli strumenti già esistenti in tema di gestione delle risorse, delle normative professionali e del codice deontologico.</p> <p>Con riferimento al profilo elaborato nelle singole S.C., il progetto si prefigge i seguenti obiettivi specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - costruire la scheda di valutazione di ogni ruolo professionale sanitario neo-assunto (a sei mesi); - costruire i piani didattici di inserimento di ogni ruolo professionale sanitario neo-assunto.
Strutture coinvolte	Azienda
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>La fase di progettazione si è avvalsa dell'analisi della letteratura e del confronto tra il gruppo di progetto, costituito da sei componenti del Servizio delle Professioni Sanitarie. Il modello concettuale di riferimento per la realizzazione delle bozze delle griglie di lavoro è stato tratto dall'insero speciale della rivista "L'infermiere" del 2007. Si sono inoltre costituiti i gruppi di lavoro, rappresentati dai professionisti sanitari di 34 S.C. (Strutture Complesse) e dai loro coordinatori per un totale di 93 persone. La scelta di utilizzare la formazione sul campo per raggiungere l'obiettivo aziendale deriva dal fatto che sia la costruzione della scheda di valutazione sia il piano di inserimento comportano la conoscenza dei processi di lavoro da parte di tutti gli attori, che si sentono in tal modo protagonisti dell'intero progetto. Si sono inoltre predisposti gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell'implementazione degli strumenti.</p> <p>Una volta realizzate le bozze degli strumenti standard, si è lanciato il mandato ai gruppi di lavoro di completare gli strumenti forniti a seconda delle specificità di ciascuna S.C., con la supervisione di un tutor. Infine si è effettuata una valutazione attraverso la somministrazione di un questionario.</p>
Percorso sperimentale	<p>La costruzione della scheda di valutazione e del relativo piano di inserimento comporta preparazione metodologica e conoscenza dei processi di lavoro da parte di tutti gli attori. Il lavoro dei professionisti è quello di far emergere un nucleo di attività differenziate ed esercitabili a partire dalle competenze generali stabilite dai profili ministeriali, ma calate in uno specifico contesto operativo.</p> <p>Tramite la formazione sul campo, gli attori che partecipano alla costruzione degli strumenti si riappropriano del loro ruolo organizzativo.</p> <p>Si sono costituiti i gruppi di lavoro aziendali, composti dai coordinatori delle</p>

	<p>34 S.C., più uno o due collaboratori sanitari dei diversi profili professionali identificati per ciascun servizio in relazione alla sua ampiezza, per un totale di 93 professionisti. Sono stati inoltre raggruppati per aree omogenee in modo da agevolare il mandato di lavoro.</p> <p>Gli obiettivi della formazione sul campo sono stati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sviluppare l'analisi delle modalità e dei criteri di valutazione delle <i>performance</i>; - costruire gli strumenti di valutazione del personale sanitario neo-assunto, in relazione ai profili di posto di riferimento già elaborati da ciascuna S.C. Per raggiungere tali obiettivi sono stati previsti nove incontri, in un periodo compreso tra maggio e dicembre 2010, e sono stati così distribuiti: la prima giornata svolta in plenaria che termina con il seguente mandato di lavoro: <ol style="list-style-type: none"> 1. In merito alla scheda di valutazione: <ol style="list-style-type: none"> a) sulla base della scheda proposta, trasferire le competenze identificate nel profilo di posto della propria S.C., rappresentandole in <i>item</i>; b) individuare lo <i>standard</i> di sufficienza identificando gli <i>item</i> imprescindibili per l'idoneità. 2. In merito al piano didattico: <ol style="list-style-type: none"> a) sulla base della scheda proposta, riportare gli item definiti nelle aree della scheda di valutazione, declinando obiettivi e obiettivi specifici; b) definire per ciascun <i>item</i> metodi e strumenti da impiegare e i tempi per il raggiungimento degli obiettivi.
Indicatori di processo	<p>La valutazione di processo accompagna in itinere l'implementazione del progetto ed è focalizzata prioritariamente sui processi/attività posti in essere. Sono stati elaborati e condivisi con il gruppo di progetto complessivamente sette indicatori, a partire dai seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - favorire le occasioni di confronto tra professionisti per la revisione e stesura della scheda di valutazione del personale neo-assunto e del relativo piano di inserimento; - garantire l'elaborazione della scheda di valutazione e del piano di inserimento del neo-assunto; - favorire la partecipazione dei professionisti sanitari di profili diversi; - applicare gli strumenti elaborati.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Per ogni S.C. presenza di un programma definito degli incontri/Totale S.C. (<i>Standard</i> >80%). - Per ogni S.C. % partecipazione dei professionisti selezionati/Totale professionisti selezionati (<i>Standard</i> >80%). - N. schede di valutazione elaborate/Totale profili di posto (<i>Standard</i> 100%). - N. piani di inserimento del neo-assunto elaborati/Totale schede di valutazione (<i>Standard</i> 100%). - N. schede di valutazione redatte (condivise e certificate)/ N. profili sanitari presenti nel P.O. (<i>Standard</i> 1 nei P.O. sono stati identificati 5 profili professionali. Deve essere presente almeno 1 scheda di valutazione per ciascun profilo identificato).
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - N. schede di valutazione elaborate/Totale neo-assunti in un periodo definito (<i>Standard</i> 100%). - N. piani di inserimento del neo-assunto/Totale neo-assunti in un periodo definito (<i>Standard</i> 100%).

Titolo	L'ambulatorio Infermieristico Ospedaliero nell'ASO Mauriziano di Torino
Azienda	ASO Mauriziano
Dipartimento/Distretto	Direzione Sanitaria aziendale
Unità operativa	SC Direzione professioni sanitarie
Città	Torino
Indirizzo (della struttura)	Via Magellano 1
Email	gcostamagna@mauriziano.it
Referente (unico) per contatti	Ghironi Elga
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Costamagna Graziella , Dirigente professioni sanitarie Ghironi Elga , Coordinatrice Infermieristica ambulatoriale Novo Tommaso , Coordinatore Infermieristico ambulatoriale Dibenedetto Grazia , Coordinatrice Infermieristica di Cardiologia Perretta Laura , Coordinatrice Infermieristica di Chirurgia Plos Giancarlo , Coordinatore Infermieristico di Dialisi Terzolo Sabrina , Coordinatrice Infermieristica di Oncologia Mentone Cristina , Infermiera Referente di Ematologia e tutti gli infermieri "esperti" dell'area ambulatoriale
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Settembre 2010
Sperimentazione terminata il	Dicembre 2011
Obiettivo della Sperimentazione	Appropriatezza nell'utilizzo delle professionalità sanitarie in relazione ai problemi di salute e alle prestazioni richieste negli ambulatori specialistici dell'azienda ospedaliera. Riduzione conseguente dei tempi di effettuazione delle specifiche prestazioni e dei tempi di attesa.
Strutture coinvolte	Azienda
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<i>Il contesto</i> Azienda Ospedaliera Autonoma del Centro Città di Torino, con un territorio in cui insistono altri ospedali presidi di ASL, con assenza di servizi infermieristici territoriali ambulatoriali. <i>Le criticità</i> Necessità di dimettere precocemente i pazienti superata la fase acuta senza aver avuto modo di attivare competenze di self care o trasferimenti presso ambulatori territoriali per la continuità terapeutica o assistenziale. Tempi di attesa lunghi e visite effettuate in tempi molto ristretti in alcuni ambulatori specialistici, con conseguente impossibilità per gli Infermieri nei tempi visita di effettuare alcuna prestazione infermieristica, pur necessaria. Negli ambulatori gli Infermieri effettuavano unicamente attività esecutiva e di supporto al medico. <i>Il Progetto</i> Sviluppare e valorizzare la competenza e la responsabilità dell'Infermiere nell'ambito dell'autonomia professionale in questi contesti. Garantendo all'utente una prima fase di continuità assistenziale dopo la dimissione dalla fase di ricovero acuto, un punto di "cerniera" tra ricovero e presa in carico territoriale (domicilio o medicina generale) con personale preparato a farsi carico delle situazioni. Per dimensionare chiaramente il problema si è sperimentato un modello organizzativo di gestione ambulatoriale infermieristica "intermedia" e dedicata tra Ospedale e territorio. Tale modello organizzativo, negli sviluppi futuri dettati dal nuovo piano Sanitario Regionale 2011-2015, dovrebbe essere trasferito alle ASL, che dovrebbero garantire la presenza infermieristica nei costituendi C.A.P. <i>Sviluppi futuri</i> Lo sviluppo della sperimentazione prevede l'attivazione di un'organizzazione centralizzata e strutturata dell'attività di consulenza infermieristica a beneficio dei Reparti di degenza.
Percorso sperimentale	È stato costituito, a fine anno 2010, un gruppo di lavoro rappresentativo di tutte

	<p>le aree specialistiche, coordinato dal Dirigente delle professioni sanitarie. Il gruppo ha elaborato un progetto che è stato presentato alla Direzione Sanitaria aziendale e di Presidio e che, dopo l'approvazione, è diventato progetto obiettivo aziendale.</p> <p>Il gruppo si è strutturato e ha individuato tutte le prestazioni infermieristiche trasversali e specifiche con definizione del numero di prestazioni effettuabili e dei tempi medi di effettuazione, comprendendo anche le prestazioni che venivano effettuate impropriamente nelle degenze o nei <i>day hospital</i>.</p> <p>Nei vari settori con un lavoro interdisciplinare (Medico/Infermiere) si sono revisionati i protocolli e le procedure in uso, con previsione di chiamata del Medico solo all'insorgere di problematiche valutate dall'Infermiere.</p> <p>Si è costruito il profilo di competenza specifico dell'Infermiere dell'ambulatorio infermieristico, che ha facilitato l'uniformità dei comportamenti e la valutazione delle competenze acquisite e necessarie.</p> <p>Si sono programmati ed effettuati e sono ancora in corso momenti di aggiornamento e addestramento sul campo.</p> <p>Con l'Area Amministrativa di Direzione Sanitaria si sono definite le tipologie di prestazioni, le modalità di prescrizione/prenotazione, fatturazione e rendicontazione in base al tariffario regionale. E quindi si sono create le agende di prenotazione.</p> <p>Le prestazioni sono state attivate inizialmente negli ambulatori specifici in orari dedicati e finalmente, a ottobre 2011, si è inaugurato un locale unico dedicato solo all'ambulatorio infermieristico aziendale, con attività dal lunedì al venerdì. Si sta valutando l'attivazione al sabato.</p> <p>A distanza di 10 mesi, nel 2011 sono state effettuate 3.042 prestazioni (percentuale 2% sulle prestazioni complessive e variabile dal 3% al 22% a seconda della tipologia, con una valorizzazione pari a Euro 37.000 ad isorisorse).</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Documentazione riunioni periodiche del gruppo di lavoro. - Presenza protocolli e procedure interdisciplinari o specifiche delle prestazioni effettuate. - Presenza profilo di competenza dell'Infermiere di ambulatorio. - Realizzazione di momenti di formazione e addestramento sul campo. - Presenza di agenda informatizzata di prenotazione, refertazione e tariffazione.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza di una % minima di prestazioni infermieristiche effettuate sul totale delle prestazioni ambulatoriali/anno. - Tempi di attesa negli ambulatori di area chirurgica specialistica ambulatoriale.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Soddisfazione degli operatori. - Soddisfazione utente. - Riduzione di prestazioni inappropriate nelle degenze, nei <i>day hospital</i> e nel Pronto Soccorso. - Riduzione della richiesta di ulteriori controlli e riduzione dei tempi per l'acquisizione da parte dell'utente delle competenze di <i>self caring</i>. - Riduzione spesa nell'utilizzo presidi. - A fine anno verranno somministrate delle schede di gradibilità.

Titolo	Il Primary Nursing: modello organizzativo per la gestione solistica del paziente oncologico post chirurgico del distretto cervico-facciale
Azienda	AOU San Giovanni Battista Torino
Dipartimento/Distretto	Capo-Collo
Unità operativa	ORL 1
Città	Torino
Indirizzo (della struttura)	Corso Bramante, 88
Email	alombardo3@molinette.piemonte.it
Referente (unico) per contatti	Fontana Enrica
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	<p>Paleologo Mario, Direttore SITRA, AOU San Giovanni Battista di Torino Lombardo Antonello, Coordinatore infermieristico SC ORL 1, AOU San Giovanni Battista di Torino Fontana Enrica, Infermiera SC ORL 1, AOU San Giovanni Battista di Torino Garrone Pamela, Infermiera SC ORL 1, AOU San Giovanni Battista di Torino Milano Sabrina, Infermiera SC ORL 1, AOU San Giovanni Battista di Torino Altini Pietro, Coordinatore CLI Università Torino Monino Ines, Tutor supervisore CLI Università Torino Ragaccio Angela, Infermiera pedagoga SC OSRU, AOU San Giovanni Battista di Torino</p>
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	1° febbraio 2011
Sperimentazione terminata il	In corso
Obiettivo della Sperimentazione	Implementare il modello organizzativo del <i>Primary Nursing</i> all'interno della struttura complessa ORL, finalizzato a migliorare la cura del paziente con patologia oncologica del distretto cervico-facciale.
Strutture coinvolte Sperimentazione	Unità Operativa Multiprofessionale
Disegno progettuale	Con l'avvento della chirurgia oncologica ricostruttiva mediante lembi liberi o peduncolati, le complicanze post-chirurgiche sono notevolmente aumentate e le cause vanno ricercate nella complessità dell'intervallo effettuato e nella sempre maggiore presenza di pazienti con <i>Asa score</i> elevato. Data la complessità assistenziale, l'équipe multi-professionale ha pensato di cambiare il modello organizzativo e passare da quello funzionale in uso ad altro modello che potesse permettere di coinvolgere maggiormente il paziente nel processo di cura e, contemporaneamente, di erogare un'assistenza che consenta di valutare costantemente, rispetto a precisi standard e indicatori precisi, sia gli aspetti clinico-assistenziali sia quelli psico-sociali ed educativi.
Percorso sperimentale	<p>Fase 1 Condivisione da parte del gruppo del cambiamento organizzativo. Formazione su base volontaria di un gruppo di lavoro per la revisione della letteratura internazionale sui modelli organizzativi assistenziali esistenti. Scelta del nuovo modello organizzativo (<i>Primary Nursing</i>).</p> <p>Fase 2 Individuazione all'interno del gruppo di riferimento degli infermieri primari per attuare la sperimentazione e definire i criteri di reclutamento (esperienza clinica assistenziale, percorso formativo post base). Formazione teorico-pratica degli infermieri sul nuovo modello.</p> <p>Fase 3 Revisione del percorso assistenziale con aggiornamento dei protocolli esistenti. Revisione della documentazione infermieristica. Individuazione</p>

	degli indicatori di risultato. Valutazione dei punti di forza e punti di debolezza.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Gestione respirazione (secrezioni tracheo-bronchiali, cannula tracheale e allenamento polmonare). - Gestione alimentazione (nutrizione entrale, ancoraggio/ostruzione SNG e PEG, iperglicemia, bilancio idrico). - Gestione eliminazione (stipsi/diarrea). - Gestione mobilitazione (mobilitazione precoce). - Gestione dolore (rilevazione, gestione, monitoraggio). - Gestione lesioni (cute peristomale e I.d.d.). - Educazione terapeutica (informazione/formazione/raggiungimento autonomia su allenamento polmonare, cambio cannula tracheale, aspirazione tracheale, gestione nutripompa entrale e gestione valvola fonatoria).
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione 30% formazione tappi mucocrostosi. - Aumento 50% appropriatezza cambio/rimozione cannula. - Aumento 10% apporto nutrizionale teorico. - Riduzione 10% disancoraggi accidentali. - Riduzione 30% casi di ostruzione SNG/PEG. - Riduzione 50% pazienti con iperglicemia. - 80% rilevazione bilancio idrico. - Riduzione 10% n. pazienti con diarrea. - Aumento 30% n. pazienti con intervallo defecazioni non >3 gg. - Mantenimento standard per mobilitazione e gestione lesioni. - 100% rilevazione monitoraggio dolore, aumento del 50% somministrazione rescue dose secondo protocollo. - Aumento 30% <i>empowerment</i> paziente su: aspirazione tracheale, cambio cannula e/o valvola fonatoria, gestione nutripompa. - Buon livello di qualità percepita da parte dei pazienti. - Buona accettazione da parte di operatori e tirocinanti.
Esiti/Outcome	La sperimentazione è in corso. Al termine, gli esiti saranno valutati con una sintesi degli <i>outcome</i> intermedi nei termini di maggiore appropriatezza, riduzione di sofferenza e disabilità e miglioramento della qualità di vita. La conseguenza dell'implementazione del modello organizzativo del <i>Primary Nursing</i> implica sostanzialmente una riduzione delle complicità, l'implementazione di buone pratiche assistenziali (personalizzazione e continuità assistenziale), e una maggiore soddisfazione del paziente, della famiglia e degli operatori.

Titolo	Il peer mentoring: un'esperienza formativa condotta con gli studenti del Corso di laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Torino
Azienda	AOU San Giovanni Battista di Torino
Dipartimento/Distretto	USRU
Unità operativa	Corsi di laurea in Infermieristica
Città	Torino
Indirizzo (della struttura)	Via Rosmini, 4/a
Email	luigi.cirio@unito.it
Referente (unico) per contatti	Cirio Luigi
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	<p>Cirio L., Coordinatore Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Cominetti L., Docente e <i>Tutor</i> supervisore, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Monino I., Docente e <i>Tutor</i> supervisore, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Mussa M.V., Docente e <i>Tutor</i> supervisore, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Massariello P., Coordinatore Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Altini P., Coordinatore Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Dimonte V., Presidente Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p>
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Marzo 2011
Sperimentazione terminata il	Giugno 2011
Obiettivo della Sperimentazione	<p>Descrivere e analizzare un'esperienza concreta di formazione nella funzione del <i>mentoring</i> rivolta agli studenti del I e del III anno.</p> <p>Nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - favorire l'incremento delle competenze degli studenti <i>senior</i> (terzo anno) facendo leva sul forte senso di responsabilizzazione che viene indotto dal riconoscimento formale di ruolo; - fornire agli studenti <i>senior</i> gli strumenti cognitivi, metodologici e riflessivi utili alla realizzazione dell'attività di guida di studenti in formazione; - valutare il supporto ricevuto dallo studente <i>junior</i> sia al momento di ingresso nella relazione educativa professionalizzante sia nello sviluppo delle proprie competenze formative.
Disegno progettuale	<p>L'Infermieristica è sempre stata considerata una professione basata sulla pratica, ritenendo l'apprendimento clinico una parte essenziale del <i>curriculum</i> di studi. È nella tradizione della formazione infermieristica che gli studenti più esperti affianchino i colleghi alla prima esperienza di tirocinio. La relazione che si crea è una forma di sostegno importante. Le prime esperienze cliniche possono essere vissute come un'arena per gli studenti, che applicano per la prima volta le loro conoscenze alla pratica: avere qualcuno con cui confrontarsi può ridurre l'ansia e consentire l'acquisizione delle abilità che consentiranno loro di esercitare le necessarie competenze professionali al termine degli studi.</p> <p>Una forma di <i>mentoring</i> era dunque presente anche in passato, poco strutturata, alla quale gli studenti giungevano pressoché impreparati. Oggi sempre di più si tende a enfatizzare la riflessività nell'azione, sia nell'esercizio della professione sia nell'apprendimento, e la consapevolezza nell'apprendimento trasformativo.</p> <p>L'interazione sociale che avviene tra studenti porta a sviluppare il <i>Trasformative learning</i>, che risponde perfettamente alla complessità dell'apprendimento necessario alla formazione degli infermieri.</p> <p>All'interno di un contesto educativo diverse figure possono essere di supporto e di orientamento nello sviluppo personale e professionale del discente: <i>tutor</i>, precettore, mentore.</p> <p>Ciascuno di questi ruoli ha delle peculiarità: in questa sede si vuole definire</p>

	<p>nello specifico la figura del mentore, definendone i vantaggi e i limiti, soprattutto per il <i>Peer mentoring</i>. Da alcuni anni è in atto presso il Corso di laurea in Infermieristica un intervento formativo finalizzato ad aumentare le competenze assistenziali e formative degli studenti del terzo anno e a favorire l'apprendimento/inserimento nel contesto di cure degli studenti del primo.</p>
Percorso sperimentale	<p>Gli studenti <i>senior</i> hanno partecipato a due giornate formative. La prima, di tipo preparatorio, aveva lo scopo di gettare le basi per affrontare l'esperienza, e si è svolta prima dell'inizio dello stage degli studenti <i>junior</i>. La seconda, di rielaborazione, aveva lo scopo di far riflettere sull'esperienza svolta ed è stata effettuata alla conclusione dello <i>stage</i>. Durante i due eventi sono stati utilizzati dai docenti due dispositivi formativi: la visione di spezzoni cinematografici e l'utilizzo delle narrazioni. La preparazione degli studenti <i>junior</i> all'esperienza formativa è stata rimandata ai <i>tutor</i> clinici al momento dell'accoglienza, durante la presentazione dell'offerta formativa. Lo studio, di tipo descrittivo osservazionale, ha coinvolto tutti gli studenti del I e del III anno che hanno frequentato il tirocinio durante l'anno accademico 2010/11.</p> <p>A partire dalla revisione della letteratura nazionale e internazionale, è stata definita la traccia per due questionari: uno rivolto agli studenti <i>senior</i> e uno agli studenti <i>junior</i>. I questionari erano composti da domande che prevedevano una prima risposta su una scala di accordo a 5 livelli (A=per niente; B=poco; C =abbastanza; D=molto; E=completamente) e un pool di 4 risposte possibili, più lo spazio "Altro" per aggiungere risposte non previste, per motivare la scelta effettuata sulla scala a 5 livelli. Il questionario è stato compilato in forma anonima alla fine dei due tirocini presi in considerazione: quello di febbraio-marzo e quello di maggio-giugno. Gli studenti del I anno hanno effettuato l'esperienza di affiancamento due volte, mentre gli studenti del III una volta soltanto: sono stati suddivisi in due popolazioni, delle quali una ha effettuato l'esperienza durante lo <i>stage</i> di febbraio-marzo e l'altra durante quello di maggio-giugno. L'elaborazione dei dati statistici è stata effettuata attraverso l'utilizzo del pacchetto statistico <i>on line JsStat</i>, liberamente fruibile, mentre l'analisi dei risultati emersi dalle domande aperte è stata effettuata attraverso la tecnica della costruzione di categorie a posteriori.</p>
Indicatori di processo	<p>Studenti <i>senior</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - grado di realizzazione del progetto (ore dedicate all'affiancamento, coerenza delle attività svolte con gli obiettivi di anno, partecipazione alla valutazione finale); - percezione di efficacia dei momenti formativi di preparazione e di rielaborazione. <p>Studenti <i>junior</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - grado di realizzazione del progetto (ore dedicate all'affiancamento, coerenza delle attività svolte con gli obiettivi di anno, partecipazione alla valutazione finale); - percezione di una modalità relazionale empatica determinata dal medesimo status.
Indicatori di risultato	<p>Percezione dello studente <i>senior</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - livello di efficacia del supporto fornito; - propria immagine di guida/modello; - utilità dell'esperienza alla riflessione sul proprio agire; - comprensione dei meccanismi di un intervento formativo; - efficacia del proprio intervento formativo in merito a area tecnica, ragionamento clinico, svolgimento dello studio guidato. <p>Percezione dello studente <i>junior</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - livello di facilitazione del proprio orientamento; - riduzione dell'ansia;

	<ul style="list-style-type: none">- stimolazione all'apprendimento;- efficacia della guida;- efficacia dell'intervento formativo ricevuto in merito a area tecnica, ragionamento clinico, svolgimento dello studio guidato.
Esiti/Outcome	<p>Hanno risposto 98 studenti <i>senior</i> e 206 studenti <i>junior</i>. Il progetto è stato realizzato nel 94% dei casi per gli studenti <i>senior</i> e nel 90% per gli studenti <i>junior</i>. Il livello di realizzazione del progetto è stato considerato mediamente buono da entrambi i gruppi. Tutti gli studenti hanno percepito come elevato il raggiungimento degli indicatori di risultato. Fa eccezione la percezione del livello di efficacia dei momenti formativi di preparazione e di rielaborazione dell'esperienza (indicatore di processo) rilevata sugli studenti <i>senior</i> e considerata poco efficace dal 24% degli intervistati. Le ragioni attribuite a tale giudizio sono state: evento troppo dispersivo (8%), poco chiaro (4%), troppo concentrato (6%), non completo (6%).</p>

Titolo	Valutazione dell'empatia emotiva degli studenti laureandi nel Corso di laurea in Infermieristica di Torino
Azienda	AOU San Giovanni Battista di Torino
Dipartimento/Distretto	OSRU
Unità operativa	Corso di laurea in Infermieristica
Città	Torino
Indirizzo (della struttura)	Via Rosmini, 4/a
Email	luigi.cirio@unito.it
Referente (unico) per contatti	Cirio Luigi
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	<p>Cirio L., Coordinatore Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Cominetti L., Docente e <i>Tutor</i> supervisore, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Monino I., Docente e <i>Tutor</i> supervisore, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Mussa M.V., Docente e <i>Tutor</i> supervisore, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Facco S., Docente e <i>Tutor</i> supervisore, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Massariello P., Coordinatore Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Altini P., Coordinatore Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Tortola C., Coordinatore Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Targhetta Dur D., Coordinatore Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Signaroldi E., Coordinatore Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Fabbri S., Laboratorio Didattico per l'Educazione Terapeutica, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Vercelli E., Laboratorio Didattico per l'Educazione Terapeutica, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Lazzarin E., Laboratorio Didattico per l'Educazione Terapeutica, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Dimonte V., Presidente Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p>
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Settembre 2010
Sperimentazione terminata il	Ottobre 2010
Obiettivo della Sperimentazione	Misurare il grado di empatia emotiva degli studenti laureandi del Corso di Laurea in Infermieristica della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Torino AA 2009/2010.
Disegno progettuale	<p>L'empatia è definita come la capacità di comprendere cosa un'altra persona sta provando nei confronti di una particolare situazione o problema. Tale definizione è ulteriormente ampliata per includere la capacità di percepire associata alla capacità di comunicare la comprensione dei sentimenti di un altro. Nel corso degli ultimi anni la capacità empatica è diventata oggetto d'insegnamento e valutazione presso numerosi corsi universitari che si rivolgono ai professionisti sanitari.</p> <p>Il Corso di laurea in Infermieristica (CLI) di Torino ha inserito nei piani di studio diverse attività didattiche che intendono implementare le capacità empatiche degli studenti, come ad esempio il Laboratorio di Educazione Terapeutica, il Laboratorio Teatrale, il Laboratorio sulla Relazione d'aiuto, senza valutarne la reale efficacia in termini di acquisizione di competenze in tale ambito relazionale.</p> <p>Anche l'esperienza di tirocinio permette allo studente di misurarsi nella relazione con la persona assistita e con il contesto familiare e ha un impatto emotivo diverso a seconda delle aree cliniche in cui effettua</p>

	<p>l'esperienza di apprendimento clinico (Oncologia, Chirurgia generale, Terapia intensiva, Pediatria). È stato pertanto avviato uno studio descrittivo osservazionale presso il CLI di Torino.</p>
Percorso sperimentale	<p>L'ipotesi principale di ricerca dello studio è stata la seguente: "I valori empatici riscontrati tra i futuri professionisti sanitari sono uguali o superiori a quelli della popolazione comune italiana come documentato attraverso lo studio di validazione del questionario?"</p> <p>Lo strumento utilizzato per valutare il grado di empatia emotiva è la <i>Balanced Emotional Empathy Scale</i> (BEES), validata in italiano, volta ad esplorare la tendenza di un individuo ad essere più o meno responsivo alle espressioni emozionali altrui e la sua inclinazione a comprendere i vissuti emozionali dei pazienti. La raccolta dati è avvenuta in un'unica somministrazione a settembre 2010 a un campione di 182 studenti laureandi iscritti al CLI di Torino nelle sue tre sedi.</p>
Indicatori di risultato	<p>Il questionario richiede di esprimere il proprio grado di accordo nei confronti di 30 affermazioni posizionando la propria risposta in una scala Likert a 7 livelli. I punteggi associati ai gradi di accordo vanno da +3 (pienamente d'accordo) a -3 (in totale disaccordo). 15 <i>item</i> della scala sono costruiti in modo tale che all'espressione di accordo corrisponda un grado elevato di empatia emozionale (<i>item</i> formulati in senso positivo), mentre per i restanti l'espressione dell'accordo rivela un basso grado di empatia emozionale. Il livello di empatia viene calcolato come differenza tra la somma algebrica dei punteggi assegnati agli <i>item</i> positivi e la somma di quelli negativi. Il risultato può variare da -90 a +90 punti.</p>
Esiti/Outcome	<p>Il campione è costituito da 182 individui con un'età media di 25,45 anni (DS $\pm 5,87$), di cui l'84% è di genere femminile. I risultati emersi dalla <i>BEES</i> evidenziano che gli intervistati, in generale, rispondono in senso positivo alle affermazioni con valenza empatica e negativamente alle altre, a eccezione di 2 <i>item</i>. Il punteggio medio del campione di studenti esaminati è pari a 34,6 punti rispetto ai 31 punti della popolazione generale. Le medie relative alle risposte del campione femminile risultano più elevate, circa il doppio, rispetto a quelle del campione maschile (37,7 vs 19). Dal confronto tra i punti z ed i percentili, relativi al campione dell'indagine italiano preso a riferimento e il campione di studenti infermieri, emerge una distribuzione pressoché sovrapponibile.</p>

Titolo	Valutazione d'efficacia dell'insegnamento dell'Educazione Terapeutica tra gli Studenti del Corso di laurea in Infermieristica di Torino
Azienda	AOU San Giovanni Battista Torino
Dipartimento/Distretto	OSRU
Unità operativa	Corso di laurea in Infermieristica
Città	Torino
Indirizzo (della struttura)	Via Rosmini, 4/a
Email	luigi.cirio@unito.it
Referente (unico) per contatti	Cirio Luigi
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	<p>Cirio L., Coordinatore Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Facco S., Docente e <i>Tutor</i> supervisore, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Cominetti L., Docente e <i>Tutor</i> supervisore, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Mussa M.V., Docente e <i>Tutor</i> supervisore, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Fabbri. S., Laboratorio Didattico per l'Educazione Terapeutica, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Vercelli E., Laboratorio Didattico per l'Educazione Terapeutica, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Lazzarin E., Laboratorio Didattico per l'Educazione Terapeutica, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Padovan A., Laboratorio Didattico per l'Educazione Terapeutica, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Verta C., Laboratorio Didattico per l'Educazione Terapeutica, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p> <p>Dimonte V., Presidente Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino</p>
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Marzo 2010
Sperimentazione terminata il	Giugno 2010
Obiettivo della Sperimentazione	Misurare il modificarsi dei percepiti e/o pregiudizi degli studenti rispetto ad alcuni principi di Educazione Terapeutica.
Disegno progettuale	<p>L'Educazione Terapeutica del paziente è un approccio dal carattere innovativo nel panorama sanitario; si basa su un modello relazionale che pone il paziente come soggetto attivo e centrale di ogni intervento. Gli studenti hanno spesso una serie di percepiti e/o pregiudizi inerenti al processo educativo terapeutico che sono in realtà errati e non congruenti con le recenti evidenze di ricerca in questo ambito.</p> <p>L'insegnamento dell'Educazione Terapeutica presso il CLI di Torino è previsto al 2° anno (18 ore aula) con l'obiettivo di conferire allo studente metodi e strumenti educativi, oltre a stimolare la riflessione dei partecipanti sulle finalità dell'attività educativa, evidenziando eventuali incongruenze concettuali. A tale fine è stato progettato uno studio osservazionale descrittivo <i>pre-post</i>.</p>
Percorso sperimentale	<p>L'articolazione del questionario somministrato agli studenti è avvenuta attraverso l'elaborazione, condivisa tra esperti, di una mappa concettuale inerente i principi moderni dell'Educazione Terapeutica accreditati dalla recente letteratura sul tema.</p> <p>Attraverso il successivo processo di validazione della sua struttura fattoriale, è stata misurata l'attendibilità di ogni dimensione estrapolata con l'alpha di Cronbach.</p> <p>La prima somministrazione ha permesso di evidenziare un alpha di Cronbach pari a 0,7729 e la seconda un alpha di 0,7709.</p> <p>Tali risultati hanno indicato coerenza interna e adeguatezza di costruito, validando il questionario articolato in 46 quesiti, sui quali è possibile individuare il livello di accordo attraverso una scala Likert a 5 punti. Per l'analisi dei risultati è stato attribuito un punteggio che va da 0 a 5; ne</p>

	<p>risulta un punteggio massimo di 230. Lo strumento di rilevazione è stato somministrato a un campione di 87 studenti del II anno del Corso di Laurea in Infermieristica all'inizio e al termine del ciclo di lezioni inerenti i principi e i metodi perseguiti dalla moderna Educazione Terapeutica (18 ore aula).</p>
Indicatori di risultato	<p>Riduzione dei pregiudizi e dei luoghi comuni degli studenti rispetto ad alcuni principi fondamentali della moderna Educazione Terapeutica in ambito sanitario.</p>
Esiti/Outcome	<p>L'età media degli studenti è di 22,5 anni (DS+ 4,4). Sono presenti più studenti femmine rispetto ai maschi, in un rapporto di circa due terzi. L'intero campione di studenti selezionato è migliorato mediamente di 1,4 punti, con <i>range</i> di variabilità che va da -21 a +20 rispetto ai punteggi del pre-test. Il 57 % degli studenti ha migliorato il punteggio (155,3/230 punti con DS + 7,6) rispetto al pre-test (153,9/230 punti con DS + 8). Il 37 % del campione ha peggiorato tale punteggio, mentre ha mantenuto un punteggio invariato il 6 % degli studenti. I risultati presentati dimostrano che in generale gli studenti esaminati sono migliorati, indicando che il Corso di Educazione Terapeutica li ha aiutati a superare alcuni pregiudizi e/o stereotipi legati a tale argomento.</p>

Titolo	Tocco Armonico - Il massaggio lento
Azienda	ASL TO5 e Ospedale Molinette di Torino
Dipartimento/Distretto	Terapia antalgica - Area oncologica
Unità operativa	Reparto di Terapia Antalgica
Città	Torino
Indirizzo (della struttura)	Corso Bramante, 88
Email	dantoni.enzo@libero.it
Referente (unico) per contatti	D'Antoni Enzo
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	D'Antoni Enzo , Infermiere Mainardi Erika , Infermiera
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Aprile 2011
Sperimentazione terminata il	Maggio 2011
Obiettivo della Sperimentazione	Verificare l'utilità e gli effetti del massaggio Tocco Armonico nella fase peri-operatoria in pazienti con dolore oncologico; nello specifico verificare: la riduzione delle emozioni negative, la diminuzione dell'ansia e l'aumento del benessere psico-fisico.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Sperimentazione	Monoprofessionale
Disegno progettuale	Studio finalizzato per una tesi di laurea in Infermieristica
Percorso sperimentale	Campione preso in esame: 69 pazienti (42 femmine e 27 maschi) ricoverati presso la S.C. di Terapia Antalgica dell'Ospedale Molinette di Torino. La selezione è stata casuale senza esclusioni. Il campione è stato diviso in tre sottogruppi: - 1° gruppo di 29 pazienti che si sono sottoposti a procedura chirurgica e al trattamento con il massaggio Tocco Armonico; - 2° gruppo di 36 pazienti che si sono sottoposti a trattamento chirurgico senza il trattamento del Tocco Armonico; - 3° gruppo di 4 pazienti con patologia oncologica che ha ricevuto solo il trattamento con il massaggio Tocco Armonico.
Esiti/Outcome	Riduzione del dolore, del distress, dell'ansia, aumento della sensazione di tranquillità, aumento della sensazione di sollievo, aumento dell'aderenza terapeutica; riduzione della rabbia, della preoccupazione e della paura; alto gradimento del Tocco Armonico e sensazione di benessere psico-fisico.

Titolo	Formazione al "Tocco Armonico"
Azienda	AOU San Giovanni Battista di Torino
Dipartimento/Distretto	Onco-ematologico/Medicina/Riabilitazione Funzionale/Dermatologia/
Unità operativa	Ematologia, Oncologia, Medicina, Dermatologia, Riabilitazione Funzionale, OSRU
Città	Torino
Indirizzo (della struttura)	Corso Bramante, 88 Torino
Email	aragaccio@molinette.piemonte.it
Referente (unico) per contatti	Mainardi Erika
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Ragaccio Angela , Infermiera pedagoga SC OSRU, AOU SAN Giovanni Battista di Torino Mainardi Erika , Infermiera SC Terapia del Dolore e Medicina Palliativa, AOU San Giovanni Battista di Torino D'Antoni Enzo , Infermiere Dipartimento di Patologia delle Dipendenze ASL TO5 Chieri, Torino
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Ottobre 2011
Progettazione terminata il	Febbraio 2012
Obiettivo del Progetto	La realizzazione del progetto è finalizzata alla creazione di un gruppo di infermieri capaci di usare il "Tocco Armonico" come competenza che facilita e migliora la relazione d'aiuto, che favorisce la riduzione del dolore, della paura e dell'ansia da procedura, migliora la qualità del sonno/riposo e delle funzioni digestive, agevola il benessere psico-fisico e aumenta la <i>compliance</i> dei pazienti, nell'ottica di una maggiore umanizzazione delle cure. Obiettivo correlato: creare un gruppo di Infermieri che realizzeranno progetti di ricerca di nuove evidenze sull'applicazione del massaggio "Tocco Armonico" all'interno delle proprie realtà operative.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Questo progetto è indirizzato a Infermieri, Medici, Psicologi, Fisioterapisti operanti nelle singole strutture coinvolte e finalizzato a migliorare la qualità delle relazioni operatore-paziente e aumentare il benessere psico-fisico-emozionale dei soggetti riceventi e degli stessi operatori. Si tratta di sperimentare un percorso di formazione teorico-pratica che si sviluppa in quattro moduli (per un totale di 10 giornate formative), con verifica continua sull'applicazione del "Tocco Armonico" su pazienti ricoverati presso i servizi di appartenenza.
Percorso sperimentale	- Realizzare e svolgere un corso teorico-pratico che prevede esperienze laboratoriali dirette dei corsisti, finalizzate ad aumentare e migliorare la consapevolezza di sé e la percezione corporea (propria e altrui). - Sperimentare la tecnica del "Tocco Armonico" nell'ottica della relazione d'aiuto, del miglioramento dello stato vitale e degli effetti benefici derivanti.
Indicatori di processo	- Riduzione degli stati d'ansia e del dolore relativi a procedure e a pratiche assistenziali. - Rilassamento psicofisico del paziente. - Aumento della <i>compliance</i> terapeutica. - Soddisfazione degli operatori e accrescimento delle competenze nell'ambito della relazione d'aiuto.
Indicatori di risultato	- Modificazione degli stati e condizioni psicocorporee derivanti da problematiche di salute in stati e condizioni di maggior benessere. - Gradimento da parte dei pazienti verso il "Tocco Armonico". - Acquisizione delle conoscenze e competenze relative al "Tocco Armonico" con possibilità applicative nel proprio contesto operativo. - Buona accettazione da parte degli operatori e dei pazienti.

	<ul style="list-style-type: none">- Gratificazione professionale rispetto ai risultati ottenuti.- Riduzione del valore di NRS rispetto al dolore e l'ansia dopo il trattamento.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none">- Rilassamento psichico e fisico.- Riduzione delle tensioni e dolori muscolari.- Riduzione delle tensioni e dolori articolari.- Stimolazione della diuresi.- Contenimento/risoluzione degli stati d'ansia.- Miglioramento della digestione e della qualità del riposo notturno.- Miglioramento nelle dinamiche della relazione d'aiuto.- Miglioramento dello stato vitale (le persone trattate con il "Tocco Armonico" riferiscono un gradevole stato di benessere generale).- Maggior umanizzazione delle cure.

Titolo	L'efficacia dell'utilizzo del video come strumento di <i>refresh</i> e rinforzo per l'insegnamento delle tecniche infermieristiche: uno studio RCT
Azienda	Università degli Studi di Torino
Dipartimento/Distretto	Facoltà di Medicina e Chirurgia
Unità operativa	Corso di laurea in Infermieristica
Città	Torino
Indirizzo (della struttura)	Via Rosmini, 4a
Email	carlo.ruffinengo@unito.it
Referente (unico) per contatti	Ruffinengo Carlo
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	<p>Ruffinengo Carlo, <i>Tutor</i> Supervisore e Docente. Corso di laurea in Infermieristica di Torino</p> <p>Salina Loris, Infermiere e Docente, ASL TO 2 Maria Vittoria, Torino</p> <p>Garrino Lorenza, Ricercatrice Corso di laurea in Infermieristica di Torino</p> <p>Massariello Patrizia, Coordinatrice e Docente, Corso di laurea in Infermieristica di Torino</p> <p>Martin Barbara, Responsabile Biblioteca dipartimentale, Dipartimento di Sanità pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino</p> <p>Charrier Lorena, Ricercatrice Dipartimento di Sanità pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino</p> <p>Favale Maria Santina, Coordinatrice Infermieristica AOU San Giovanni Battista di Torino</p> <p>Dimonte Valerio, Presidente del Corso di laurea in Infermieristica di Torino</p>
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Maggio 2009
Sperimentazione terminata il	Dicembre 2009
Obiettivo della Sperimentazione	<p>La finalità dello studio è verificare l'efficacia dei video come strumento di <i>refresh</i> e di rinforzo per l'apprendimento delle tecniche infermieristiche attraverso uno studio randomizzato e controllato condotto nel mese di dicembre 2009, nell'ambito del progetto "<i>Videoteca delle tecniche infermieristiche</i>" del Corso di laurea.</p> <p>La Videoteca, usufruibile gratuitamente sulla piattaforma You Tube, offre la possibilità a chi la consulta di commentare/suggerire/contestare costruttivamente i contenuti, divenendo così un riferimento affidabile ed aggiornato condiviso dall'intera comunità scientifica.</p> <p>Il progetto qui presentato vuole verificare in particolare la ricaduta sull'apprendimento da parte degli Studenti Infermieri.</p>
Strutture coinvolte Sperimentazione	Altre Aziende/Altro
Disegno progettuale	<p><i>Disegno</i></p> <p>Studio randomizzato e controllato con disegno comparativo semplice a due bracci. Entrambi i gruppi di studenti del primo anno hanno partecipato alla lezione in aula e in laboratorio; al momento della valutazione (dopo circa un mese e mezzo dalle lezioni) i controlli hanno usufruito come modalità di ripasso della tecnica di una dispensa in forma cartacea, mentre il gruppo sperimentale ha usufruito del video didattico. Gli studenti sono stati poi valutati in cieco e singolarmente attraverso una scheda osservazionale.</p>
Percorso sperimentale	<p><i>Il video</i></p> <p>Il video scelto si riferisce alla tecnica di "spostamento del paziente non collaborante dalla posizione supina a laterale a un operatore con l'ausilio dei teli ad alto scorrimento".</p> <p><i>Strumento di valutazione</i></p> <p>Lo strumento di valutazione è una griglia osservazionale predisposta appositamente e finalizzata alla valutazione della <i>performance</i> degli studenti. Essa è costituita da 33 <i>item</i>, su cui viene indicato se la singola azione componente la tecnica sia stata correttamente eseguita.</p>

	<p><i>Studio pilota e stima della numerosità campionaria</i> È stato eseguito, nel maggio 2009, uno studio pilota su 21 studenti con lo scopo di testare lo strumento di raccolta dati, collaudare il protocollo di studio e definire la numerosità campionaria. Stabilendo che la differenza minima di <i>performance</i> che si fosse voluta osservare fra gruppo sperimentale e gruppo di controllo fosse di 5 punti a favore del gruppo sperimentale e per realizzare una potenza dello studio dell'80%, è risultato necessario arruolare 200 studenti.</p> <p><i>Analisi dei dati</i> Per il confronto fra gruppo sperimentale e gruppo di controllo sono stati utilizzati il test <i>t-Student</i> e quello di Mann-Whitney per le variabili quantitative continue, mentre per quelle qualitative il test del chi-quadrato o il test esatto di Fisher. Tutti i test sono stati condotti ad un livello di significatività del 5%.</p>
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none">- Punteggio gruppo sperimentale (media±DS): 42,95±6,7- Punteggio gruppo controllo (media±DS): 36,76±9,2- Differenza media (IC 95%): 6,19±1,08(4,06-8,32), p 0.0000 (MannWhitney) <p>La tabella riporta i valori medi delle <i>performances</i>. La differenza fra i gruppi risulta statisticamente significativa, indicando dunque la visione del video come mezzo più efficace di <i>refresh</i> e rinforzo rispetto al testo scritto. Il metodo innovativo del video, come si evince dalla letteratura più recente, si basa sull'utilizzo della memoria visiva come opportunità di potenziamento dell'apprendimento. L'utilizzo del video didattico sembra dunque destinato a diventare uno strumento di <i>routine</i> per la formazione degli studenti, confermando la validità pedagogica del vigente progetto "<i>Videoteca delle tecniche infermieristiche</i>".</p>

Titolo	Teatro e formazione sanitaria
Azienda	AOU San Giovanni Battista di Torino
Dipartimento/Distretto	OSRU
Unità operativa	Corso di laurea in Infermieristica
Città	Torino
Indirizzo (della struttura)	Via Rosmini, 4/a
Email	pietro.altini@unito.it
Referente (unico) per contatti	Altini Pietro
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Dimonte Valerio , Presidente Corso di laurea in Infermieristica Altini Pietro , Coordinatore Corso di laurea in Infermieristica Cirio Luigi , Coordinatore Corso di laurea in Infermieristica Massariello Patrizia , Coordinatrice Corso di laurea in Infermieristica Nicotera Raffaella , Tutor Corso di laurea in Infermieristica
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	2005
Sperimentazione terminata il	In corso
Obiettivo della Sperimentazione	Favorire, attraverso il percorso teatrale, i processi di cambiamento nelle abilità relazionali dello studente infermiere a partire dalla riflessione sugli elementi più significativi emersi nella relazione di cura sperimentata durante l'assistenza ai pazienti. Creare uno spazio di rielaborazione critica dei vissuti prendendo consapevolezza delle proprie potenzialità e dei propri limiti nella relazione con l'altro. Esplorare il significato che assume il proprio corpo nella relazione con l'altro, il vissuto legato alla vicinanza e al tocco dell'altro, il ruolo che giocano le emozioni nella relazione con l'altro, gli elementi che costituiscono la competenza relazionale rintracciando le strette connessioni tra la dimensione personale e quella professionale.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Il teatro sembra essere la pratica creativa ideale per affrontare le criticità insite nella complessità relazionale e permette di acquisire maggiore consapevolezza rispetto alla capacità di comprendere la sofferenza umana e di affrontare problemi complessi, interpersonali ed emotivi. Attraverso il teatro si può apprendere a narrare la propria storia, si conosce il proprio corpo, esplorandone le sue potenzialità, si controllano le emozioni, si rielaborano i vissuti, si approfondiscono le ragioni del dolore, si esprimono gioie e paure. Se, nel processo di formazione individuale, sono fondamentali l'espressione e il controllo delle emozioni, la capacità di agire e di mettersi in relazione con gli altri nelle diverse situazioni e il divenire protagonisti della propria esistenza, ecco che i laboratori esperienziali di pratiche performative possono giocare un ruolo primario se contestualizzati in un percorso formativo. L'incontro fra teatro e formazione infermieristica garantisce uno spazio di elaborazione critico-riflessiva e consente lo scambio di conoscenze senza occultarne le reciproche specificità. Da alcuni anni il Corso di laurea in Infermieristica di Torino, nella ricerca delle metodologie formative più adatte all'acquisizione di competenze relazionali e in accordo con quanto emerge dalla letteratura internazionale, propone agli studenti un vero e proprio "percorso teatrale" sul tema del corpo e della corporeità. Un gruppo multidisciplinare, costituito da formatori esperti nell'ambito della relazione di cura del Corso di Laurea in Infermieristica, Docenti del Master in Teatro Sociale e di Comunità e attori e registi della Compagnia Viartisti Teatro, ha sviluppato il "percorso teatrale" con la finalità di creare per gli studenti uno spazio di rielaborazione critica dei loro vissuti, stimolandoli a

	<p>prendere consapevolezza delle proprie potenzialità e dei propri limiti e facendo da ponte tra l'esperienza teatrale e la realtà professionale e personale.</p>
<p>Percorso sperimentale</p>	<p>Il percorso teatrale vede impegnati gli studenti per un intero anno accademico e prevede diverse fasi e livelli di approfondimento: seminari propedeutici, laboratori esperienziali, scrittura di narrazioni, costruzione del testo teatrale, <i>performance</i> conclusiva.</p> <p>I seminari teatrali propedeutici all'esperienza del laboratorio hanno la finalità di fornire un inquadramento sui modelli teorici e sulle tecniche del Teatro Educativo e Sociale applicato all'ambito formativo sanitario.</p> <p>Il laboratorio teatrale prevede due livelli di approfondimento. Il primo consente agli studenti di sperimentare i limiti e le potenzialità del proprio corpo nello spazio, di entrare in relazione con l'altro/gli altri attraverso l'ascolto, il contatto visivo, il contatto fisico e di creare una relazione di fiducia individuale, di coppia e di gruppo, mettendo in gioco il proprio corpo in una dimensione ludica e teatrale.</p> <p>Dopo il primo laboratorio gli studenti svolgono il tirocinio in Ospedale o nelle strutture di cura territoriali, durante il quale scrivono un racconto in cui narrano un'esperienza di relazione con una persona assistita. Lo studente, attraverso le storie narrate, esprime la propria personalità, i desideri, le paure, le difficoltà e identifica le risorse per superarle. Alla fine del tirocinio gli studenti partecipano al laboratorio teatrale di secondo livello, che permette loro di riflettere criticamente sulle proprie risorse personali e professionali agite o meno in una relazione di cura.</p> <p>La fase successiva è caratterizzata dalla creazione drammaturgica e dalla costruzione di un testo teatrale. Il conduttore aiuta gli studenti a identificare gli elementi più significativi della relazione di cura che ognuno di loro ha avuto modo di sperimentare.</p> <p>Il percorso si conclude con la <i>performance</i> finale: la messa in scena del testo drammaturgico che rappresenta la realtà della vita quotidiana con i suoi riti, permettendo di portare a livello conscio questa ritualità.</p>
<p>Indicatori di processo</p>	<p>Sono stati elaborati due strumenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - una griglia di osservazione, utilizzata durante lo svolgimento degli esercizi prescelti, all'inizio e alla fine del laboratorio, da osservatori esterni al gruppo che ha come oggetto alcuni elementi, quali postura, occhi, uso della voce, contatto fisico, movimento del corpo nello spazio; - una griglia di autovalutazione compilata dai partecipanti, al fine di esplorare il loro percepito sulla corretta esecuzione dell'esercizio. <p>Le due griglie vengono in seguito messe a confronto per identificare eventuali scostamenti fra osservato e percepito.</p> <p>Infine, il laboratorio viene videoripreso con telecamera fissa e mobile al fine di poter accedere a un livello di osservazione più approfondito attraverso la visione e l'analisi delle immagini filmate.</p>
<p>Indicatori di risultato</p>	<p>Il progetto prevede la definizione di un sistema di rilevazione degli effetti formativi misurabile per le differenti azioni/destinatari e una valutazione del percepito degli studenti sull'esperienza vissuta.</p> <p>Per l'analisi delle competenze relazionali si è scelto di fare riferimento all'<i>Integrated Leadership Practice Model</i> (ILPM) proposto da Perra (2001). Questo modello è stato sviluppato coniugando la teoria dell'intelligenza emotiva di Goleman allo studio delle <i>best practices</i>.</p> <p>Per rilevare la percezione da parte degli studenti del significato formativo dell'esperienza e della possibilità di trasferire le competenze acquisite attraverso il laboratorio nella pratica assistenziale, sono stati usati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un questionario di rilevazione dell'esperienza (pre e post); - un diario riflessivo anonimo.

Titolo	Ricerca di consenso sulle competenze attese dell'Infermiere libero professionista che opera sul territorio nell'ambito di Gruppi di Cure Primarie
Azienda	AOU San Giovanni Battista Torino
Dipartimento/Distretto	Chirurgia
Unità operativa	Day Surgery Urologia
Città	Torino
Indirizzo (della struttura)	Corso Bramante, 88
Email	gariaudo@gmail.com
Referente (unico) per contatti	Ariauo Gabriella, Infermiera
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	1° luglio 2010
Progettazione terminata il	15 ottobre 2010
Obiettivo del Progetto	<p>La professione infermieristica è caratterizzata da elevati livelli di autonomia e responsabilità. Tale aspetto assume notevole rilevanza nell'ambito dello svolgimento della libera professione, nel corso del quale la buona fede e l'assunzione in prima persona della responsabilità dei propri atti professionali non possono prescindere da uno <i>standard</i> di comportamento condiviso e riconosciuto dalla comunità professionale.</p> <p>Si rende pertanto necessaria una revisione degli strumenti di esercizio professionale dell'Infermiere, che deve poter ridisegnare confini e competenze attese rispetto al suo ruolo e individuare un metodo efficace per la definizione del proprio bisogno formativo.</p> <p>Obiettivo dello studio è stato pertanto quello di indagare, all'interno della comunità professionale, il livello di consenso rispetto a un profilo di competenza degli Infermieri libero professionisti che operano in ambito di Gruppi di Cure Primarie.</p>
Strutture coinvolte	Altre Aziende/Altro
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<ul style="list-style-type: none"> - La scelta di contestualizzare lo studio nell'ambito dei GCP nasce dalla constatazione che essi rappresentano un modello innovativo rispetto alle precedenti forme di organizzazione territoriale, prevedendo un approccio multiprofessionale della persona e dei suoi bisogni, orientato al contenimento della spesa del SSN. - Per il raggiungimento dell'obiettivo dello studio si è resa necessaria la costruzione di un "profilo di competenza", quale strumento da sottoporre ad una Conferenza di Consenso all'interno della comunità professionale, al fine di ottenerne la validazione da parte dei professionisti stessi. - Per la predisposizione del Profilo di Competenza è stata utilizzata l'intervista non Strutturata e il metodo Delphi. - La bozza del Profilo ottenuto è stata sottoposta ad una indagine di consenso tra gli Infermieri libero-professionisti del territorio piemontese.
Percorso sperimentale	<p>Lo studio si è compiuto in due fasi.</p> <p><i>Fase 1</i></p> <p>Nella prima fase è stata svolta un'indagine tra gli Infermieri libero professionisti al fine di identificare le competenze ritenute necessarie per l'esercizio della professione all'interno dei GCP.</p> <p>Il campione individuato per l'indagine era costituito dai dieci Infermieri libero-professionisti operanti negli undici GCP della provincia di Torino. Gli strumenti utilizzati sono stati un'intervista collettiva non strutturata e la tecnica Delphi con supporto telematico.</p> <p>La scelta di utilizzare l'intervista non strutturata è derivata dallo scarso numero di professionisti che ha accettato di partecipare allo studio, che non ha permesso l'applicazione di un <i>focus group</i>, strumento individuato inizialmente.</p> <p>Dall'analisi dei dati raccolti con l'intervista è stata costruita la prima bozza di "profilo", costituito da diciannove competenze (esplicitate nella formulazione di comportamenti attesi), raggruppate in quattro macroaree:</p>

	<p>sanitaria, relazionale, educativa e amministrativa.</p> <p><i>Fase 2</i> La seconda fase ha visto chiamati alla valutazione del documento gli Infermieri libero professionisti che operano nei Gruppi di Cure Primarie del territorio piemontese e alcuni fuori regione. Agli stessi Infermieri è stato chiesto di esprimere anche una valutazione sul reale livello di applicazione delle competenze definite al fine di ottenere uno spaccato reale, seppur ridotto a un contesto limitato, della libera professione infermieristica esercitata sul territorio.</p> <p><i>Risultati</i> L'indagine ha rilevato un elevato valore di consenso attribuito a tutti i comportamenti attesi individuati nel Profilo e alcune significative discrepanze rispetto ai comportamenti professionali effettivamente agiti. Dall'analisi si evince che spesso gli infermieri non realizzano ciò che da loro stessi viene auspicato nell' "atteso" fino ad arrivare, in alcuni casi, a comportamenti incongruenti con la natura del servizio in cui operano.</p>
Indicatori di processo	<p>Per la costruzione del profilo di competenza è stata utilizzata la metodologia che fa riferimento alla "Teoria delle competenze" del Prof. Levati che è stata applicata nell'ambito del contesto professionale. La declinazione delle competenze doveva pertanto corrispondere a una declinazione di comportamenti attesi, indicatori di <i>performance</i>, partendo dalle macroaree definite dall'atteso normativo, il DM 739 del 1994, ovvero il Profilo Professionale dell'Infermiere.</p>
Indicatori di risultato	<p>Indicatori di risultato risultano essere il documento prodotto, ovvero il Profilo di Competenza dell'Infermiere libero professionista che opera all'interno dei Gruppi di Cure Primarie e la sua rispondenza ai requisiti richiesti per la definizione delle competenze, ovvero il riferimento normativo e la declinazione dei comportamenti attesi per lo specifico ruolo professionale all'interno del particolare contesto.</p>
Esiti/Outcome	<p>Il profilo di competenza prodotto, oltre a rappresentare uno strumento polivalente per i professionisti, ha permesso di ricostruire, seppur in maniera limitata al contesto considerato, uno spaccato della professione infermieristica esercitata in regime di libera professione. Dall'analisi del profilo e dai dati rilevati dall'indagine di consenso si è potuto mettere in luce che i comportamenti agiti dagli Infermieri non sempre realizzano ciò che da loro stessi viene auspicato. Il ritratto dell'infermiere dei Gruppi di Cure Primarie oggi risulta essere quello di un professionista intellettualmente attento alla cultura professionale in cambiamento ma con ridotte possibilità di confronto tra pari, che intreccia con difficoltà efficaci rapporti interprofessionali. Un professionista spesso inserito in contesti di lavoro fortemente prescrittivi che non gli permettono di esprimere al meglio le proprie competenze.</p>

Titolo	La comunicazione dell'evento avverso: analisi conoscitiva presso il Presidio Ospedaliero "Torino Nord Emergenza - S. Giovanni Bosco"
Azienda	ASL TO2
Dipartimento/Distretto	Dipartimento Chirurgia
Unità operativa	Anestesia e Rianimazione
Città	Torino
Indirizzo (della struttura)	Piazza Donatori di Sangue
Email	rinos70@libero.it
Referente (unico) per contatti	Alessandra D'Alfonso , Medico Responsabile Ufficio Gestione del Rischio Clinico
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Martucci Gennaro , Infermiere D'Alfonso Alessandra , Medico Belletrutti Laura , Medico
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	20 febbraio 2011
Progettazione terminata il	22 febbraio 2011
Obiettivo del Progetto	Valutazione delle conoscenze e difficoltà dei professionisti rispetto la modalità di segnalazione e comunicazione degli errori.
Strutture coinvolte	Unità operativa
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	Indagine conoscitiva, predisponendo un questionario <i>ad hoc</i> , semi-strutturato, per la raccolta di dati quali-quantitativi. Il campione preso in considerazione è rappresentato da un totale di 65 operatori (5 per ogni struttura/reparto) operanti in 13 Reparti di degenza o servizi del Presidio Ospedaliero.
Percorso sperimentale	Questo percorso è nato come un progetto applicativo di tesi. Successivamente è stato concordato un incontro con le <i>Tutors</i> aziendali per definire l'obiettivo da raggiungere. È stato deciso di costruire un questionario per avere un "ritorno" sulle conoscenze degli operatori sottoposti all'indagine conoscitiva. Il questionario è stato presentato ai Coordinatori dei Reparti e successivamente somministrato. I dati raccolti sono stati analizzati e sono state individuate le criticità.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Costituzione del gruppo di lavoro. - Costruzione del questionario atto all'indagine. - Identificazione del campione, sulla base di criteri espliciti, a cui somministrare il questionario. - Numero di questionari consegnati/Numero di questionari compilati = 92,3%.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione dei dati. - Rappresentazione grafica (istogrammi). - Analisi dei risultati. - Discussione.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Maggiore sensibilizzazione alla cultura dell'evento avverso attraverso un aggiornamento basato su evidenze scientifiche. - Implementazione della modalità di segnalazione e gestione dell'evento avverso.

TITOLO	Descrizione di un'esperienza di formazione continua per Formatori del Corso di laurea in Infermieristica di Torino
Azienda	Università degli Studi di Torino
Dipartimento/Distretto	Facoltà di Medicina e Chirurgia
Unità operativa	Corso di laurea in Infermieristica
Città	Torino
Indirizzo (della struttura)	Via Rosmini, 4
Email	silvano.gregorino@unito.it - patrizia.massariello@unito.it
Referente (unico) per contatti	Massariello Patrizia
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	<p>Dimonte Valerio, Presidente Corso di laurea in Infermieristica Torino Molinette</p> <p>Massariello Patrizia, Coordinatrice Corso di laurea in Infermieristica Torino Molinette, Responsabile Piano di Formazione Formatori Corso di Laurea in Infermieristica Torino Molinette</p> <p>Gregorino Silvano, Coordinatore Piano di Formazione Formatori Corso di laurea in Infermieristica Torino Molinette</p> <p>Altini Pietro, Coordinatore Corso di laurea in Infermieristica Torino Molinette</p> <p>Cirio Luigi, Coordinatore Corso di laurea in Infermieristica Torino Molinette</p> <p>Tortola Cinzia, Coordinatrice Corso di laurea in Infermieristica Sede Distaccata TO2</p> <p>Signaroldi Elvira, Coordinatrice Corso di laurea in Infermieristica Canale TO4 Ivrea</p> <p>Targhetta Dur Diego, Coordinatore Corso di laurea in Infermieristica Canale TO4 Ivrea</p>
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	Ottobre 1998
Progettazione terminata il	In corso
Obiettivo del Progetto	<p>Il progetto si pone come obiettivo la valutazione dell'esperienza di formazione per formatori del Corso di laurea in Infermieristica di Torino e ha la finalità di migliorare la qualità dei formatori.</p> <p>La formazione universitaria alla professione infermieristica fa capo ad una complessità di luoghi formativi, dispositivi e figure formative. Il Corso di Laurea, in un'ottica di qualità della formazione, promuove dal 1998 un piano di formazione per formatori articolato in 18 moduli replicati fino a 100 giornate di formazione annuali, che coinvolgono circa 400 tutor e 100 docenti.</p> <p>Tale percorso, nato inizialmente per rispondere all'esigenza di formare i tutor clinici del Corso di laurea in Infermieristica, oggi è rivolto a molteplici professioni sanitarie.</p> <p>Il piano di formazione vuole garantire omogeneità di intenti, esercizio formativo professionalizzante ed orientare la "spontaneità" educativa dei formatori coinvolti attraverso un percorso formativo intenzionale, progettato e strutturato.</p> <p>La valutazione si svolgerà attraverso l'identificazione di indicatori di processo e di esito.</p>
Strutture coinvolte	Altre Aziende/Altro
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>La complessità delle figure formative, dei processi formativi e di apprendimento professionalizzanti, la responsabilità formativa nei confronti degli studenti afferenti al Corso di laurea pongono le condizioni di un processo formativo, di apprendimento e aggiornamento continuo per le stesse figure formative appartenenti al corso di laurea.</p> <p>In questo orizzonte, il Corso di laurea in Infermieristica di Torino ha via via strutturato un piano di formazione per formatori.</p> <p>L'obiettivo di questo lavoro è di valutare attraverso indicatori specifici l'esperienza in corso.</p>

	<p>Materiali e metodi</p> <p>La metodologia scelta è sia quantitativa sia qualitativa. Da un punto di vista dell'approccio quantitativo si effettuerà l'analisi descrittiva degli elementi costitutivi del progetto di formazione continua, e nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - delle macroaree d'intervento educativo delle professionalità formative coinvolte nei processi professionalizzanti del Corso di Laurea in Infermieristica di Torino; - dei dispositivi formativi attinenti ai processi professionalizzanti; - degli elementi di processo per un contesto di formazione continua; - dei piani di formazione per <i>Tutor</i> clinico già implementati, dal 1998 a oggi; - dei dati relativi al processo formativo esplicitato dall'anno 1998 ad oggi; <p>La metodologia di indagine qualitativa scelta è quella dell'intervista/<i>focus group</i> rivolta ai partecipanti ai Corsi e agli studenti del Corso di laurea.</p> <p>Fasi del percorso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acquisizione dati e sistematizzazione delle dimensioni del progetto (numerosità e tipologia dei Corsi, potenza dell'offerta e della domanda formativa, rispondenza, ecc.). - Analisi degli oggetti del progetto, quindi una comparazione diacronica delle esperienze di formazione e di sistema fin qui effettuate dal Corso di Laurea, alla luce degli indicatori di processo, di risultato e di esito. - Analisi qualitativa del percepito della formazione tratto dalle interviste/<i>focus group</i>. - Valutazione e sintesi di alcuni elementi di risultato rispetto alla formazione fornita.
Percorso sperimentale	Il percorso sperimentale fa riferimento al disegno progettuale.
Indicatori di processo	<p>Il piano di formazione per i formatori vuole offrire occasioni per sviluppare, rielaborare, far emergere saperi, metodologie e modelli che facilitano l'apprendimento e la formazione, soprattutto in esperienza, dello studente del Corso di laurea.</p> <p>Molti sono gli elementi che forniscono evidenza a tale processo, tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esistenza di una strategia del Corso di laurea per la formazione formatori professionalizzanti. - Esistenza di risorse umane, organizzative e logistiche dedicate per la formazione professionalizzante. - Coordinamento formalizzato della formazione e presenza di un servizio per la formazione. - Presenza dell'anagrafe formativa dei formatori. - Competenza documentata dei componenti del servizio di formazione nella progettazione e valutazione dei programmi di formazione. - Esistenza di un Piano didattico-finanziario per la formazione. - Documentazione per acquisizione Docenti. - Evidenze della microprogettazione di eventi formativi con i conduttori di formazione. - Evidenze sull'analisi dei bisogni formativi dei <i>Tutors</i>. - Descrizione puntuale di ogni evento formativo offerto. - Evidenze sulle procedure di segreteria per evento formativo. - Evidenza del percorso di formazione atteso per i <i>Tutors</i>. - Inserimento nel sistema ECM regionale e quantificazione crediti. - Evidenza sui risultati delle attività di valutazione della formazione.
Indicatori di risultato	<p>Il piano di formazione per le figure formative del Corso di laurea si orienta allo sviluppo di alcune nuove professionalità educative (ad esempio <i>Tutor</i> clinico, <i>Tutor</i> supervisore), delineando le possibili traiettorie formative e di aggiornamento per le figure formative operanti nello stesso Corso.</p> <p>Alcuni degli indicatori individuati sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tempi di avanzamento del percorso formativo da parte dei formatori professionalizzanti; - quantità crediti ECM erogati; - tassi di frequenza ai corsi formativi;

	<ul style="list-style-type: none">- numero formatori professionalizzanti coinvolti nel percorso formativo;- percorsi formativi realizzati con obiettivi e metodologie;- qualità percepita dai partecipanti alle occasioni formative;- valutazione dei momenti formativi da parte dei partecipanti.
Esiti/Outcome	<p>Gli esiti attesi del percorso di analisi condurranno a verificare:</p> <ul style="list-style-type: none">- il livello di soddisfazione percepito dai partecipanti al percorso di formazione;- il livello di corrispondenza rispetto agli indicatori di risultato individuati.

TITOLO	Un'esperienza di Area di Cura Semintensiva chirurgica: da un sogno alla realtà
Azienda	Mauriziano Umberto I
Dipartimento/Distretto	Chirurgia
Unità operativa	Chirurgia epato-bilio-pancreatica e digestiva
Città	Torino
Indirizzo (della struttura)	Largo Turati, 69
Email	4bcoord@mauriziano.it
Referente (unico) per contatti	Rolfo Monica
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	<p>Dearca Daniela, Coordinatore Infermieristico Dipartimento Chirurgico, Responsabile Infermieristico</p> <p>Rolfo Monica, Coordinatore Infermieristico S.C. Chirurgia Epato-bilio-pancreatica e Digestiva</p> <p>Viganò Luca, Dirigente Medico S.C. Chirurgia Epato-bilio-pancreatica e Digestiva, Responsabile Medico</p> <p>Esposito Valeria, Infermiera Chirurgia EBPD Degenza e Area Semintensiva</p> <p>De Iaco Immacolata, Infermiera Chirurgia EBPD Degenza e Area Semintensiva</p> <p>Ghiani Monica, Infermiera Chirurgia EBPD Degenza e Area Semintensiva</p> <p>Ariu Valentina, Infermiera Chirurgia EBPD Degenza e Area Semintensiva</p> <p>Valenti Antonio, Infermiere Chirurgia EBPD Degenza e Area Semintensiva</p>
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	1° gennaio 2008
Progettazione terminata il	31 dicembre 2010
Obiettivo del Progetto	<p><i>Obiettivi generali dell'assistenza ospedaliera e specialistica - Livello aziendale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Migliorare l'integrazione dei presidi e l'efficienza dell'attività di ricovero ospedaliero. <p><i>Obiettivo specifico - Livello Dipartimento Chirurgico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sviluppare un modello d'assistenza intermedio tra le cure intensive e le cure in reparto di degenza ordinaria. <p><i>Obiettivo specifico - Livello Struttura Complessa- Unità di Terapia Semintensiva</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevenire e/o trattare precocemente le complicanze correlate all'immediato postoperatorio attraverso un'attività terapeutica assistenziale intensiva e complessa. - Migliorare l'utilizzo della Terapia Intensiva. - Offrire al paziente e alla sua famiglia un'informazione costante delle cure elargite. - Garantire e sostenere una relazione fra il paziente e la sua famiglia.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<p>Nel 1998, in concomitanza della nascita dell'organizzazione dipartimentale chirurgica, è stata attivata un'Area di Terapia Semi-intensiva in collaborazione con l'<i>équipe</i> medica di reparto.</p> <p>La differenziazione dell'Unità Operativa per aree di intensità dell'assistenza fu uno dei primi grandi passi nel percorso di responsabilizzazione dell'assistenza infermieristica. Negli anni divenne sempre più forte la necessità di cambiamento nella gestione della suddetta Area.</p> <p>Il progetto di revisione, che si è concretizzato nel Manuale di Unità di Terapia Semintensiva, ha riguardato sia gli aspetti strutturali e tecnologici, sia quelli organizzativo-assistenziali e formativi come:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la definizione e formalizzazione delle tipologie di problemi clinici da trattare; - la rielaborazione e riformalizzazione di protocolli e procedure per l'assistenza al paziente;

- l'addestramento del personale all'utilizzo di tali strumenti;
- la rielaborazione e riformalizzazione della documentazione clinico assistenziale integrata medico infermieristica;
- l'elaborazione e procedure per il controllo e l'uso corretto delle attrezzature tecnico sanitarie;
- la definizione di *standard*, criteri e indicatori di risultato per la valutazione della qualità tecnico scientifica assistenziale.

L'obiettivo dell'Infermiere non è solo quello di definire gli aspetti tecnico-operativi specifici connessi alla prestazione da erogarsi, ma anche quello di definire gli aspetti organizzativi gestionali che sostengono e facilitano il raggiungimento degli *standard* di qualità prefigurati dal servizio.

Tali *standard*, articolati in criteri e indicatori di risultato, permettono la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza del servizio erogato alla persona, facilitando e sostenendo un processo di miglioramento continuo della qualità assistenziale professionale, organizzativa e relazionale percepita.

Standardizzare mantenendo la centralità e particolarità della persona che si assiste, avvalendosi di *standard* di riferimento che costituiscono lo scenario di qualità nel quale operare, sostenendo al contempo la discrezionalità del singolo professionista e la razionalità scientifica della scelta e dell'azione.

In questo ambito ogni professionista si avvale di strumenti a supporto della propria pratica clinica, con l'obiettivo di prevenire, identificandoli precocemente, e/o trattare i problemi prioritari che il paziente che ha ricevuto un intervento di Chirurgia maggiore si può trovare ad affrontare.

Sintesi del Progetto

- Fase preparatoria.
- Creazione gruppo di lavoro.
- Individuazione delle figure sanitarie necessarie allo sviluppo del progetto.

Analisi del bisogno di salute

- Revisione attività chirurgica e problematiche cliniche predominanti.
- Revisione attività area semintensiva.
- Elaborazione dati:
 - patologie d'ingresso;
 - problematiche clinico-assistenziali;
 - utilizzo strumenti (cartella medico infermieristica integrata, protocolli terapeutici) attraverso uno studio retrospettivo delle cartelle cliniche.
- Revisione strumenti tecnologici e ambientali.
- Controllo struttura e presidi sanitari.

Ricerca bibliografica

- Esempi di modelli per intensità di cure;
- indicazioni terapeutiche nella gestione clinico-assistenziale.

Tempo 9 mesi: fase realizzazione

- Formazione del personale;
- identificazione degli strumenti tecnologici e ambientali necessari e loro acquisto;
- aspetti organizzativi: definizione criteri di accesso e di dimissione e definizione organico personale;
- aspetti terapeutici: implementazione protocolli e procedure terapeutiche revisionati;
- definizione fasi assistenziali;
- revisione dello strumento della cartella medico infermieristica integrata.

Tempo 12 mesi: fase finale di revisione dati;

- Stesura finale del Manuale e sua diffusione a livello di dipartimento Chirurgico.

Tempo 3 mesi

	- Revisione di un progetto iniziato nel 1998.
Indicatori di processo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Percentuale di pazienti che hanno ricevuto il libretto informativo sull'Area Semintensiva. 2. Rispetto dei tempi prefissati dal calendario delle attività da parte del gruppo di lavoro. 3. Protocolli terapeutici revisionati, formalizzati e validati all'interno della struttura (dolore, urgenze, terapia infusione, crisi iperglicemia, crisi ipertensiva, ipertermia, nausea, <i>c-pap</i>).
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Presentazione e registrazione c/o Direzione Sanitaria dei protocolli terapeutici. - Presentazione, in corso di riunione collegiale, dei suddetti protocolli a tutti i Medici e Infermieri afferenti alla Terapia Semintensiva. - Presenza del 90% degli operatori di Terapia Semintensiva, addestrati alla gestione del paziente in trattamento con ventilazione non invasiva ($\geq 90\%$). Risultato: addestramento di tutti gli operatori della terapia semintensiva alla gestione del paziente in trattamento con ventilazione non invasiva. - Presenza della cartella medico-infermieristica integrata, revisionata, formalizzata e validata in Direzione Sanitaria. - Presentazione, in corso di riunione collegiale, della nuova cartella medico-infermieristica integrata a tutti i Medici e Infermieri afferenti alla Terapia Semintensiva. Risultato: il 100% dei Medici e Infermieri afferenti all'Area sono addestrati entro un mese all'utilizzo della cartella. - Verifica della corretta applicazione dei criteri d'accesso e dimissione. - Registrazione degli accessi e delle dimissioni dalla Terapia Semintensiva su apposito database (100%). - Risultato: registrazione del 100% degli accessi e dimissioni dalla Terapia Semintensiva su apposita scheda (database in formato elettronico excel): 579 pazienti. Indicatore N. pazienti ricoverati presso l'area semi intensiva nelle prime 48 ore post operatorie/totale degli accessi ($\geq 90\%$). La percentuale di pazienti ricoverati presso l'area semi intensiva nelle prime 48 ore post operatorie è stata del 91%. - Verifica dell'efficacia ed adeguatezza dei protocolli terapeutici definiti. - N. pazienti che necessitano di prescrizioni mediche al di fuori del protocollo per la gestione di ciascun evento critico/totale dei pazienti trattati secondo protocollo predefinito ($<10\%$). - Percentuale di prescrizioni mediche diverse dal protocollo terapeutico <i>standard</i>: <ul style="list-style-type: none"> - terapia infusione, endovenosa ed antibiotica delle prime 48 ore postoperatorie o sino alla permanenza in area semi-intensiva specifiche per patologia: 3% - trattamento dell'iperglicemia: 0%; - trattamento della crisi ipertensiva: 8%; - trattamento dell'ipertermia: 0%; - trattamento della nausea e del vomito postoperatorio: 1%; - terapia antalgica: 2%. - Pazienti trattati con C-PAP che presentano un miglioramento del quadro clinico e/o emogasanalitico: miglioramento della dispnea (valutazione soggettiva); FR $< 25/\text{min}$; SpO₂ $>95\%$ con FiO₂ 40% (prima della rimozione C-PAP); PaO₂ >75 mmHg con FiO₂ 40% (dopo rimozione C-PAP); pH >7.35 ($\geq 80\%$). - Applicazione C-PAP 11 ai pazienti. Percentuale di miglioramento del quadro clinico e/o emogasanalitico: 82%. - Verifica della corretta compilazione medica ed infermieristica della cartella integrata. Il 90% delle cartelle medico-infermieristiche precompilate sono utilizzate secondo i protocolli terapeutici per macropatologie predefiniti. - Percentuale di cartelle medico-infermieristiche precompilate utilizzate secondo i protocolli terapeutici per macropatologie predefiniti: 97%.

	<ul style="list-style-type: none">- L'80% delle cartelle medico-infermieristiche contiene il calcolo del bilancio idroelettrolitico quotidiano.- Percentuale di cartelle medico-infermieristiche con il calcolo del bilancio idroelettrolitico quotidiano: 98%.
Esiti/Outcome	<ol style="list-style-type: none">1. Tasso di occupazione: è aumentato del 40% nel 2010 rispetto al 2002.2. Tasso di utilizzo dipartimentale: l'accesso di pazienti da altre specialità del dipartimento è progressivamente aumentato e ad oggi si attesta intorno al 5%.3. La percentuale di pazienti dimessi dall'area semi intensiva dopo le prime 48 ore post operatorie che necessitano di un nuovo accesso rispetto al totale dei pazienti afferenti alla struttura è dell'8%.4. Si è assistito ad una riduzione del 40% dei trasferimenti in Area di cure Intensive.

TITOLO	Progetto Aura
Azienda	Università degli Studi di Torino, ASL TO2
Dipartimento/Distretto	Corsi di laurea delle Professioni Sanitarie
Unità operativa	Corso di laurea in Infermieristica TO2
Città	Torino
Indirizzo (della struttura)	Corso Svizzera, 161
Email	climed.aslto2@unito.it
Referente (unico) per contatti	Tortola Cinzia
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Dimonte Valerio , Presidente del Corso di laurea in Infermieristica sede Torino Tortola Cinzia , Coordinatrice Corso di laurea in Infermieristica sede Torino Finiguerra Ivana , Responsabile Servizio delle Professioni Sanitarie Ospedale San G. Bosco, ASL TO 2
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Ottobre 2010
Sperimentazione terminata il	Gennaio 2013
Obiettivo della Sperimentazione	<i>Obiettivo generale del progetto</i> Implementare negli studenti del Corso di laurea in Infermieristica sede distaccata TO2: <ul style="list-style-type: none"> - le competenze clinico-assistenziali, attivando <i>setting</i> formativi che permettano di poter sperimentare modelli di assistenza per un numero ristretto di malati. - l'assunzione responsabile delle decisioni in presenza di metodologie di pianificazione per obiettivi coerenti con il modello formativo e i principi contenuti nelle norme giuridiche di riferimento. <i>Contesto</i> <ul style="list-style-type: none"> - Strutture accreditate per il tirocinio degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica. - Servizio di Medicina e Chirurgia d'Urgenza dell'Ospedale San G. Bosco ASLTO2.
Strutture coinvolte	Unità Operativa Dipartimento/Distretto
Sperimentazione	Monoprofessionale
Disegno progettuale	L'apprendimento clinico degli studenti avviene in contesti assistenziali in cui il modello organizzativo più diffuso è quello per "funzioni". Il <i>focus</i> di questo modello è sulle attività/compiti da effettuare e non sul processo clinico-assistenziale. Ciò può causare da un lato una demotivazione dei professionisti, che sentono di rispondere solo ad attività parcellizzate e non a una responsabile presa in carico globale e, dall'altro, una percezione degli studenti secondo la teoria dell'hidden curriculum, che crea delle criticità nell'apprendimento del modello professionale e nell'acquisizione e sviluppo delle competenze. Tentativi di sviluppo di modelli assistenziali diversi sono presenti in alcune realtà, ma la loro applicazione e mantenimento è spesso critica a causa di molteplici variabili organizzative, logistiche, economiche e culturali. Nella formazione curriculare universitaria gli studenti apprendono modelli di attribuzione individuale, <i>decision making</i> e sviluppo del pensiero critico che non sempre trovano riscontro nelle esperienze di tirocinio. Il progetto risponde sia alle esigenze del Corso di Laurea in Infermieristica di far sperimentare allo studente modelli professionali orientati alla personalizzazione dell'assistenza, sia a quelle dell'organizzazione, di modificare modelli organizzativi per funzioni valorizzando così le professionalità degli operatori, secondo criteri di efficacia, efficienza e qualità dei processi assistenziali. Tale cambiamento permette inoltre lo sviluppo di una cultura basata su valori di etica professionale.

Percorso sperimentale	<p><i>Obiettivo 1</i> Condividere con il gruppo professionale il modello educativo universitario e il modello di assistenza personalizzata al fine di individuare gli elementi salienti del modello e omogeneizzare finalità, contenuti e terminologia. <i>Azioni:</i> Gruppi di studio (6 incontri di 2h ciascuno); avvio ottobre 2010, termine dicembre 2010.</p> <p><i>Obiettivo 2</i> Sviluppare la capacità degli Infermieri nella ricerca delle evidenze nella pratica assistenziale quotidiana. <i>Azioni:</i> Corso di formazione; avvio ottobre 2009, termine ottobre 2011.</p> <p><i>Obiettivo 3</i> Adottare metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza assumendo la centralità della persona assistita e del suo percorso. <i>Azioni:</i> Strutturazione modello organizzativo, revisione della documentazione infermieristica, introduzione della discussione di casi clinici come prassi; avvio dicembre 2010, termine dicembre 2011.</p> <p><i>Obiettivo 4</i> Favorire l'integrazione inter-professionale valorizzando la centralità della persona. <i>Azioni:</i> Riunioni in <i>équipe</i>: organizzativa, discussione casi clinici; avvio ottobre 2010, termine ottobre 2012.</p> <p><i>Obiettivo 5</i> Promuovere la centralità dello studente nel percorso di apprendimento clinico attraverso l'utilizzo appropriato degli strumenti (contratto formativo, <i>briefing-debriefing</i>, valutazione formativa). <i>Azioni:</i> Incontri di tutorato d'area, supervisione pedagogica del <i>Tutor</i> d'area; avvio ottobre 2020 termine 2012.</p> <p><i>Attività correlate</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Educazione Continua in Medicina - Ricerca bibliografica - Journal Club - Gruppi di studio - Narrazione <p><i>Risorse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordinatore C.L.I. - Infermiere Dirigente - Coordinatore Inf.co - Tutor clinico - Tutor di sede - Infermieri - Studenti - Pazienti e familiari - Docenti Corso di Formazione Aziendale ECM sul tema E.B.N <p><i>Sistemi di verifica e valutazione</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Metodologia: Documentazione persone assistite dagli studenti. - Verifica presenza documentazioni archiviate. - Somministrazione questionari di gradimento studenti, persone assistite, Infermieri.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Rispetto dei tempi programmati (80%). - N. infermieri che partecipano agli incontri/Totale infermieri delle Strutture Complesse Coinvolte nel progetto (90%). - Strutturazione documentazione infermieristica adeguata al modello di pianificazione per obiettivi.
Indicatori di risultato	<p><i>Obiettivo 1</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - N. Infermieri partecipanti incontri/Totale infermieri dei servizi coinvolti (90%). Gli infermieri nell'ultimo incontro elencano gli elementi salienti

	<p>del modello condiviso. =100% dei partecipanti.</p> <p>Obiettivo 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. infermieri che partecipano al Corso di formazione ECM /Totale infermieri dei servizi coinvolti =90%. - N. report post-corso che evidenziano: quesito di ricerca, PICO, MeSH, Banche dati, criteri di inclusione ed esclusione, studi inerenti al quesito, risultati, risposta al quesito >80%. <p>Obiettivo 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. pianificazioni assistenziali per obiettivi documentate/Totale persone assistite (90%). <p>Obiettivo 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. riunioni settimanali organizzative in équipe (1/settimana). - N. incontri settimanali discussione casi clinici in équipe (1/settimana). <p>Obiettivo 5</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. contratti formativi autovalutazione, strategie di apprendimento, indicatori di risultato/Totale di studenti che svolgono tirocinio nei servizi coinvolti (100%). - N. incontri <i>briefing-debriefing</i>/N. settimane di tirocinio (1/settimana). - N. valutazioni formative documentate/Totale valutazioni certificative (100%).
Esiti/Outcome	<p>Il Corso di laurea e il Servizio delle Professioni hanno condiviso un progetto innovativo per far sperimentare agli studenti l'apprendimento clinico in contesti assistenziali che garantiscano la correlazione e la congruenza tra modello formativo universitario e modello assistenziale. Tale progetto soddisfa molteplici valori e finalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riorganizzare percorsi assistenziali per la valorizzazione della professione secondo criteri di efficacia, di efficienza e di qualità delle prestazioni erogate; - sviluppare una cultura professionale basata su valori etici nella ricerca della <i>Evidence Based Practice</i>; - implementare negli studenti competenze sperimentando un agire professionale innovativo coerente con i principi contenuti nelle normative di riferimento; - attuare metodologie di pianificazione per obiettivi di assistenza assumendo la centralità della persona assistita e il modello dei percorsi assistenziali clinici; - promuovere la elaborazione riflessiva, lo sviluppo, la capacità di adattamento e l'utilizzo appropriato degli strumenti pertinenti; - promuovere percorsi di apprendimento clinico che sviluppino modelli di ruolo coerenti con le norme giuridico professionali di pertinenza; - facilitare l'integrazione multiprofessionale valorizzando la centralità della persona assistita. <p>Punti di forza (vantaggi e ricadute positive; benefici attesi dal progetto)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risponde ai bisogni formativi degli studenti infermieri del CLI e facilita l'apprendimento dall'esperienza. - Sostiene il cambiamento organizzativo. - Migliora la motivazione/soddisfazione degli infermieri. - Migliora la qualità dell'assistenza. - Risponde ai dettami legislativi. <p>Punti di debolezza (criticità e ostacoli alla realizzazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eventuale resistenza al cambiamento. - Investimento economico in termini di ore lavorate. - Investimento economico per pagamento docenti. <p>Bibliografia</p> <p>Lunney M. <i>Il pensiero critico nell'Assistenza Infermieristica</i>. Nanda International, Milano: C.E.A., 2010.</p> <p>Wilkinson J.M. <i>Processo Infermieristico e Pensiero Critico</i>. Milano: C.E.A.,2009.</p>

Maccario D. *Insegnare per competenze*. Torino: S.E.I. 2006.
Schon D.A. *Formare il Professionista riflessivo*. Milano: Franco Angeli, 1987.
Zannini L. *La tutorship nella formazione degli adulti*. Milano: Guerrini Scientifica, 2005.
Castellucci A. Saiani L. *et al. Viaggi guidati: il tirocinio e il processo tutoriale nelle professioni sociali e sanitarie*. Milano: Franco Angeli, 1997.
Calamandrei C., Orlandi C. *La Dirigenza Infermieristica*. Milano: MC Graw Hill, 2008.
Decasto M., Paparelli A. *Organizzare l'innovazione*. Milano: Hoepli, 2008.
Moiset C., Vanzetta M., Valicella F. *Misurare l'assistenza*. Milano MC Graw Hill, 2003.

Titolo	Studio esplorativo-osservazionale sulla percezione del personale del Comparto Sanitario relativamente al processo di valutazione delle <i>performances</i> dell'anno 2010, condotto presso l'A.O.U. "S. Maria della Misericordia" di Udine
Azienda	Azienda Ospedaliero-Universitaria "S. Maria della Misericordia" di Udine
Dipartimento/Distretto	Direzione Sanitaria
Unità operativa	Direzione delle Professioni Sanitarie
Città	Udine
Indirizzo (della struttura)	Piazzale S. Maria della Misericordia
Email	salmaso.daniele@aoud.sanita.fvg.it
Referente (unico) per contatti	Salmaso Daniele
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Salmaso Daniele , Infermiere Dirigente - Direzione Professioni Sanitarie Noacco Sonia , Infermiere - Direzioni Professioni Sanitarie Comuzzi Chiara , Infermiere - Clinica Chirurgica Vesca Roberta , Referente Infermieristico Area Sviluppo Organizzativo - Direzione Professioni Sanitarie Guardini Ilario , Referente Infermieristico Area Sviluppo Professionale di ricerca e delle Evidenze Scientifiche - Direzione Professioni Sanitarie Sbaiz Donatella , Referente Infermieristico Area Sviluppo Risorse Umane - Direzione Professioni Sanitarie Mini Gastone , Referente Tecnico Area Sviluppo Risorse Umane - Direzione Professioni Sanitarie Mesaglio Maura , Responsabile Infermieristico Piattaforma Assistenziale specializzata Blocchi Operatori e Aree interventistiche mini invasive.
	PROGETTO
Progetto iniziato il	1° aprile 2011
Progetto terminato il	30 settembre 2011
Obiettivo del Progetto	La valutazione del personale è una procedura sistematica e organizzata mediante la quale viene espresso periodicamente un giudizio ai dipendenti (Calamandrei 2009). La valutazione è un momento fondamentale dell'agire organizzativo (Lavalle 2003). Nelle organizzazioni complesse essa è la struttura portante di una strategia orientata alla creazione e al consolidamento del capitale umano (Calamandrei 2009). Il presente studio ha i seguenti obiettivi: <i>Primario:</i> - analizzare la percezione degli operatori rispetto al processo di valutazione delle <i>performance</i> presso l'AOU di Udine. <i>Secondari:</i> - strutturare uno strumento per misurare la percezione del processo di valutazione delle <i>performances</i> ; - individuare punti di forza e criticità percepiti relativamente al processo di valutazione nelle diverse fasi (incontro iniziale, valutazione intermedia, valutazione finale e complessiva).
Strutture coinvolte	Azienda
Progetto	Multiprofessionale
Disegno progettuale	La letteratura riporta una serie di metodologie e strumenti orientati alla valorizzazione e alla professionalizzazione del personale, utilizzabili con efficacia variabile durante la valutazione; si fa particolare riferimento alla valutazione delle competenze, alla valorizzazione dei ruoli dei professional, ai programmi <i>Pay for Performance</i> , ai sistemi di accreditamento professionale, alla definizione di <i>Job Description</i> e all'elaborazione dei portfoli delle competenze (Ryan 2011, Casey 2010, Byrne 2009, Schoessler 2008, Zaghoul 2008, JCI 2008, Ashworth 2008, Rosenthal 2007). Allo scopo di verificare la percezione dei professionisti rispetto alle metodologie utilizzate è stato realizzato uno studio osservazionale descrittivo/esplorativo articolato in fasi.

	<p>Sono state coinvolte la totalità delle Unità di degenza, dei servizi ambulatoriali e dei servizi di diagnostica dell'azienda, per un numero complessivo di n. 85 strutture.</p> <p>La raccolta dati è stata effettuata tramite questionario semi-strutturato che ha coinvolto il personale valutato nel 2010, afferente a 12 dipartimenti (DPT), 4 piattaforme e 1 Centro di Area Vasta, per un totale di 2.086 operatori.</p> <p>Sono stati inclusi nello studio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tutti i coordinatori dell'Azienda AOU coinvolti nel processo di valutazione delle <i>performances</i> nel 2010; - Infermieri, Infermiere pediatriche, Ostetriche, Tecnici di laboratorio biomedico e di radiologia e personale di supporto presenti nelle giornate indice, indipendentemente dal tipo di contratto (<i>full-time/part-time</i>), dall'articolazione dell'orario di lavoro (turno/fuori turno) e dalla funzione soggetta a valutazione nel 2010. <p>È stato escluso dallo studio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il personale tecnico specialistico e riabilitativo a causa della non rappresentatività del campione; - il personale interinale che segue un percorso diverso di valutazione; - il personale non candidato a valutazione nel 2010 in quanto assente (aspettative, congedi, malattie, etc.); - il personale amministrativo e ausiliario/operatore tecnico in quanto non coinvolto nel processo assistenziale. <p>La popolazione campionata è stata suddivisa in 2 frazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - totalità dei coordinatori (100%) appartenenti all'AOU di Udine, per un totale di 82 operatori; - campione rappresentativo (40%) del rimanente personale del comparto suddiviso in: <ul style="list-style-type: none"> - Infermieri, Ostetriche, Infermiere pediatriche (533); - TSLB e TSRM (98); - OSS e Infermieri generici (227).
<p>Percorso sperimentale</p>	<p>I questionari da somministrare al personale sono stati affidati ai Responsabili Dipartimentali dell'Assistenza (RDA), congiuntamente alla guida inerente la metodologia da adottare per lo studio.</p> <p>I Coordinatori hanno coinvolto il personale afferente alle rispettive strutture nelle giornate indice, durante il cambio turno mattina/pomeriggio; i questionari sono stati raccolti successivamente dai ricercatori.</p> <p>L'inserimento dei dati è avvenuto tramite Foglio di Calcolo e l'analisi è stata eseguita con <i>Microsoft Office Excel 2007</i> e Programma Statistico R 2.13.1. Sono stati distribuiti 940 questionari (82 ai coordinatori e 858 al personale del comparto) e ne sono stati raccolti 885 (94%) di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 76 (93%) per la frazione dei coordinatori; - 790 per il personale del Comparto, di cui: <ul style="list-style-type: none"> - 505 (95%) Infermieri (incluso Infermiere pediatriche e ostetriche) - 96 (98%) tecnici (TSLB e TSRM); - (83%) operatori di supporto (Infermieri generici e OSS). <p>Il campione era costituito da 728 (82%) dipendenti di sesso femminile e 130 (15%) di sesso maschile. L'età media rilevata è stata di 41,25 anni (\pm 8,55; <i>range</i> 21-64), quella relativa all'anzianità di servizio era di 17,25 anni (\pm 10,22; <i>range</i> 0,3-40) e l'anzianità in azienda di 14,33 anni (\pm 9,95; <i>range</i> 0,1-39).</p> <p>Dall'analisi risulta che il titolo di studio più frequente è stato il diploma abilitante (517/885; 58%); seguono la Laurea triennale (183/885; 21%), il Master di primo livello (58/885; 7%), il Diploma universitario (49/885; 6%) e la Laurea specialistica (23/885; 3%).</p>
<p>Indicatori di processo</p>	<p>Il 96% (849/885) dei dipendenti coinvolti ha ricevuto prima dell'applicazione un incontro esplicativo sullo strumento di valutazione; secondo il 94% (831/885) lo strumento è stato descritto come da indicazioni di norma (Dlgs 150/09 e Regolamento interno). Su 831 casi che hanno ottenuto le</p>

	<p>informazioni, queste sono state fornite durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riunione di SOS/SOC (308/831; 37%); - colloquio individuale (216/831; 26%); - riunione di DPT (128/831; 15%). <p>Il 15% (122/831) del campione ha dato risposte multiple significative. L'incontro iniziale di affidamento degli obiettivi è stato effettuato nel 98% (866/885) dei casi.</p> <p>Il 51% (442/866) di questi dipendenti afferma di aver ricevuto gli obiettivi in un colloquio individuale, il 26% (225/866) durante le riunioni di SOC/SOS ed il 6% (51/866) durante le riunioni di DPT.</p> <p>Dall'esame delle risposte multiple (88/866;10%) risulta che nell'83% dei casi (73/88) l'incontro di affidamento degli obiettivi è avvenuto con colloquio individuale e riunione di SOC/SOS e per il 14% (12/88) con colloquio individuale e riunione di DPT.</p>
Indicatori di risultato	<p>La sensazione percepita dai valutati durante l'incontro di valutazione è stata positiva/abbastanza positiva nel 77% dei casi (686/885), indifferente nel 16% (138/885) e negativa nel 5% (45/885).</p> <p>La percezione del clima inteso come "apertura" al confronto con il valutatore è stata di disponibilità nell'82% dei casi (728/885) e di poca disponibilità nel 13% (117/885).</p> <p>Rispetto alla valutazione ricevuta, i soggetti si sono sentiti valutati in modo equo nel 71% (631/885) dei casi, sottovalutati nel 22% (193/885); una quota del 3% (23/885) si è sentita sopravvalutata.</p> <p>Il 63% (555/885) dei dipendenti pensa che le proprie idee siano state considerate ai fini della presa di decisioni.</p> <p>Gli operatori percepiscono di essere stati coinvolti nelle decisioni che contano nel 56% (499/885) dei casi.</p> <p>Il 62% (551/885) si è sentito stimolato alla creatività/innovazione.</p> <p>Il 63% (561/885) si è sentito sostenuto nella gestione dei processi.</p>
Esiti/Outcome	<p>Il percorso di valutazione ha avuto un effetto positivo nel 68% (603/891) del campione.</p> <p>Il 69% dei casi (414/603) ha affermato di aver potuto riflettere sulla propria attività lavorativa.</p> <p>Il 31% (189/603) ha ritenuto di essere stato aiutato ad intraprendere un percorso di miglioramento personale.</p> <p>Secondo il 27% (235/891) del campione, il processo non ha avuto alcun effetto in quanto fine a sé stesso e per il 6% (51/891) l'effetto è stato negativo.</p> <p>Il 70% (613/885) dei valutati si è sentito "molto soddisfatto/soddisfatto" della valutazione conseguita, mentre il 26% (236/885) non lo era (poco/per nulla soddisfatto).</p> <p>In futuro i dipendenti vorrebbero:</p> <ul style="list-style-type: none"> - essere valutati ottenendo obiettivi più personalizzati (337/934; 36%); - una maggiore specificazione del livello di raggiungimento del risultato atteso (261/934; 28%); - piani di miglioramento personalizzati (270/934; 29%).

Titolo	Analisi del modello organizzativo di ristorazione: valutazione di impatto attraverso l' <i>Health Technology Assessment</i> (HTA) nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine (AOUD)
Azienda	Azienda Ospedaliero-Universitaria "S. Maria della Misericordia" di Udine
Dipartimento/Distretto	Organizzazione dei Servizi Ospedalieri - Direzione Medica di Presidio
Unità operativa	Piattaforma Specializzata dei Blocchi Operatori e aree interventistiche mini invasive
Città	Udine
Indirizzo (della struttura)	Piazzale S. Maria della Misericordia, 15 - 33100 - Udine
Email	mesaglio.maura@aoud.sanita.fvg.it
Referente (unico) per contatti	Mesaglio Maura
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	<p>Mesaglio M., Responsabile Infermieristico Piattaforma Specializzata Blocchi Operatori e aree interventistiche mini invasive.</p> <p>Dal Bo O., Responsabile vicario SOS di Staff Formazione</p> <p>Ferruggia M., Ingegnere Clinico Unità Valutazione Tecnologie Sanitarie</p> <p>Guardini I., Referente Area Sviluppo Risorse Professionali, Direzione Professioni Sanitarie</p> <p>Mulloni G., Responsabile Dipartimentale dell'Assistenza, Dipartimento di Chirurgia</p> <p>Guarrera G.M., Direttore Medico di Presidio, Direzione Medica di Presidio AOU di Udine</p>
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Maggio 2011
Sperimentazione terminata il	Settembre 2011
Obiettivo della Sperimentazione	<p>Una quota di pazienti ospedalizzati sono malnutriti (Feldskow Hansen <i>et al.</i> 2008). La malnutrizione si riscontra al ricovero e durante la degenza e ha costi elevati. La presenza di <i>outcomes</i> negativi è in parte associabile al livello qualitativo del servizio di <i>catering</i> che dovrebbe promuovere nei pazienti abitudini alimentari corrette (Donini <i>et al.</i>, 2008). L'obiettivo è di verificare, attraverso l'approccio HTA, l'impatto del passaggio da sistema "a carrello" a quello "a vassoio", confrontando i due modelli di ristorazione ospedaliera presenti nella letteratura di riferimento. L'intento dello studio è di ottimizzare il processo di distribuzione degli alimenti attraverso l'impiego di criteri di appropriatezza d'uso nell'ottica del miglioramento della qualità assistenziale.</p>
Strutture coinvolte	Azienda
Sperimentazione	Multiprofessionale
Disegno progettuale	<ul style="list-style-type: none"> - È stata effettuata un'analisi della letteratura per verificare le prove di efficacia dei modelli organizzativi e sono stati ricercati elementi al loro supporto. - Sono state consultate banche dati HTA e selezionati studi recenti da cui non sono emersi <i>report</i> specifici. <p>La letteratura non fornisce indicazioni per la scelta del sistema di ristorazione (Hartwell & Edwards, 2003). Nell'81% degli ospedali USA viene utilizzato il sistema a vassoio in quanto standardizzato. Nel Regno Unito, il 37% degli Ospedali impiega il sistema "a carrello", ritenendolo aderente alle preferenze del paziente e maggiormente flessibile (variazioni della dieta sino alla porzionatura del pasto).</p> <ul style="list-style-type: none"> - È stata ricercata l'efficienza organizzativa attraverso una raccolta di dati del tempo-lavoro impiegato per la gestione del processo di distribuzione. - È stata condotta una comparazione tra i modelli relativa alle seguenti dimensioni: organizzativa, clinica, economica, etico-sociale, di sicurezza e di qualità. Il confronto intendeva far emergere gli elementi distintivi dei sistemi di ristorazione per orientare il <i>management</i> alla scelta del modello applicabile nel contesto. Sono state ipotizzate soluzioni di maggiore efficienza clinica e organizzativa realizzabili attraverso un investimento di tempo-lavoro recuperabile.

	<ul style="list-style-type: none"> - È stata realizzata un'indagine di <i>customer satisfaction</i> in 2 gruppi di pazienti di area medica e chirurgica in due strutture ospedaliere che utilizzano i differenti modelli di distribuzione del pasto. Secondo la letteratura la distribuzione a carrello permette modifiche del menù durante la distribuzione, interazione con lo staff assistenziale, aiuto al paziente, conservazione della temperatura dei piatti e maggiore soddisfazione dell'assistito. Il sistema "a vassoio" consente la distribuzione rapida e il controllo delle porzioni ma è svantaggioso per la scarsa presa in carico e la minor soddisfazione dell'utente, per la carente personalizzazione del piatto e per l'aumento dello scarto alimentare.
Percorso sperimentale	<p><i>Confronto tra i modelli</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Dimensione organizzativa</i> È stata effettuata una stima del tempo di distribuzione del pasto per verificare l'ipotesi di recuperare ore-lavoro. Nel sistema "a vassoio" vengono risparmiati alcuni interventi; restano in capo al personale parte delle attività per la ristorazione e l'assistenza dei pazienti dipendenti per l'alimentazione. - <i>Dimensione clinica</i> I pazienti ricoverati in degenza ordinaria sono stati oggetto di <i>screening</i> all'ingresso per il rischio di malnutrizione. I pazienti ricoverati dipendenti dall'assistenza per il bisogno di alimentazione sono stati valutati nelle 24 ore. Considerando il tempo necessario per garantire l'alimentazione ai pazienti dipendenti (55 minuti/die secondo Federazione Nazionale IPASVI-MAP 2010) sono stati definiti i tempi assistenziali utili a soddisfare le esigenze dei ricoverati. - <i>Dimensione economica</i> Nei capitolati disponibili sono stati confrontati i costi dei due modelli organizzativi ottenendo il differenziale; tale dato è stato commutato in disponibilità di ore-lavoro e in numero incrementale di pazienti che potrebbero essere supportati nell'alimentazione dal personale. - <i>Dimensione etico-sociale</i> Sono stati valutati sia la percentuale di pazienti che potrebbero essere supportati nell'alimentazione al fine di ridurre la quota di <i>caregiver</i> che assolvono tale funzione sia, secondo dati interni, il personale che ha sempre disponibilità di tempo/lavoro da dedicare alla condizione nutrizionale degli assistiti. - <i>Dimensione della sicurezza</i> Sono stati identificati in letteratura gli interventi che, se non garantiti, aumentano il rischio di <i>outcome</i> negativi. - <i>Dimensione della qualità</i> È stato condotto uno studio di percezione rispetto al gradimento da parte dei pazienti del servizio di ristorazione in due strutture ospedaliere che utilizzano i differenti modelli.
Indicatori di processo	<p><i>Organizzazione</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - N. attività garantite. - N. totale attività programmate. - N. progetti assistenziali assicurati. - N. progetti assistenziali definiti. <p>In una settimana campione il tempo recuperabile ore/sett. è di 63 in chirurgia e 67 in medicina; questo tempo può essere investito per piani di attività/progetti assistenziali. Il riaccreditamento JCI 2013 necessita di risorse per raggiungere i <i>Not Met/Partially Met</i> (pazienti con dolore, con problemi nutrizionali) e per le attività che richiedono integrazione multidisciplinare.</p> <p><i>Sicurezza</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aderenza alle procedure previste dalla norma per la sicurezza degli alimenti (HACCP). - Utilizzo di un sistema di segnalazioni (eventi avversi/<i>near miss</i> relativamente agli aspetti igienico-sanitari e alle difformità dagli

	standard del capitolato di ristorazione).
Indicatori di risultato	<p><i>Dimensione clinica</i></p> <ul style="list-style-type: none">- N. pazienti dipendenti per l'alimentazione presi in carico.- N. totale pazienti dipendenti per l'alimentazione.- Media dipendenti alimentazione/24 ore: 15/45 in Chirurgia e 14,3/34,6 in Medicina.- Min/die per alimentare i pazienti: 825 in Chirurgia e 786 in Medicina- Tempo da recuperare: 206 min. in Chirurgia e 191 in Medicina. <p><i>Dimensione economica</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Costo servizio ristorazione "a vassoio" ; servizio "a carrello"; "vassoio" vs "carrello" di € 182.823,00/anno (6,4 OSS o 4,9 inf/anno).- Incremento assistiti per alimentazione=36 pz/die (gestione OSS), 27 pz/die (gestione inf.). <p><i>Dimensione etico-sociale</i></p> <ul style="list-style-type: none">- N. pazienti dipendenti assistenza per alimentazione presi in carico da caregiver.- N. totale pazienti dipendenti dall'assistenza per alimentazione presi in carico.- Il 40% pazienti non è aiutato ai pasti; il 50% non riceve verifica assunzione. Costo di € 777,00/die per 56 caregiver a supporto
Esiti/Outcome	<p><i>Dimensione qualitativa</i></p> <ul style="list-style-type: none">- N. pazienti serviti con livello di soddisfazione.- N. totale pazienti serviti. <p>Lo studio ha rilevato maggiore soddisfazione nei pazienti serviti con vassoio. Il modello di confronto ha un <i>bias</i> nella preparazione degli alimenti che risulta differente dallo standard (<i>'cook-chill'</i>) che potrebbe aver influenzato il livello di giudizio dei pazienti rispetto al gradimento del cibo assunto.</p> <p>Non sono disponibili elementi tali da indicare il sistema che garantisca una migliore condizione nutrizionale negli assistiti. L'analisi ha valutato principalmente l'efficacia di processo e non la possibile correlazione tra modello organizzativo impiegato per la ristorazione in ambito ospedaliero e il livello di nutrizione assicurato ai pazienti ricoverati, in termini di esito assistenziale atteso.</p>

Titolo	Il trasferimento delle informazioni clinico assistenziali al cambio turno nei Reparti di Medicina nell'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Udine (AOU): STUDIO PRE sulla continuità delle cure
Azienda	Ospedaliero-Universitaria "S. Maria della Misericordia" di Udine
Dipartimento/Distretto	Organizzazione dei Servizi Ospedalieri
Unità operativa	Direzione delle Professioni Sanitarie
Città	Udine
Indirizzo (della struttura)	P.le S. Maria della Misericordia, 15 33100 Udine
Email	vesca.roberta@aoud.sanita.fvg.it
Referente (unico) per contatti	Vesca Roberta
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	<p>Vesca R., Referente Area Sviluppo Professionale, DPS Chiandetti R., Coordinamento Medicina Interna 1B Del Forno M., Responsabile Infermieristico Piattaforma Assistenziale Ospedale Cividale De Reggi A., Coordinamento Medicina Interna, Ospedale Cividale Degano L., Responsabile Dipartimento Assistenza, DPT Medicina e Specialistiche Giacomuzzi P., Coordinamento Medicina Interna 1A Guardini I., Referente Area Sviluppo Organizzativo, DPS Mesaglio M., Responsabile Infermieristico, Piattaforma Spec.ta Blocchi Operatori Mulloni G., Responsabile Dipartimento Assistenza, DPT Chirurgico Noacco S., Infermiere a supporto Aree Sviluppo Organizzativo e Sviluppo Professionale, DPS Pastore C., Coordinamento Medicina Interna 2B, AOU - UD Sbaiz D., Referente Gestione Risorse Professionali, DPS Spangaro S., Coordinamento Medicina Interna 2A Salmaso D., Infermiere Dirigente, Direzione Professioni Sanitarie, DPS</p>
	PROGETTO
Progettazione iniziata il	2 agosto 2010
Progettazione terminata il	In corso
Obiettivo del Progetto	<p>La carenza di efficacia della comunicazione nella fase di passaggio delle informazioni clinico-assistenziali è un tema ricorrente in letteratura (JCI 2004; Vincent 2005; Williams 2005). Una comunicazione inefficace può avere effetti su <i>decision making</i>, presa in carico del paziente e sicurezza (Matic <i>et al.</i> 2010; Jeffcott <i>et al.</i> 2010). La letteratura riporta che procedure <i>standard</i> per il passaggio delle consegne riducono gli eventi avversi (WHO 2007) ed evidenzia la carenza di strumenti e linee guida di <i>best practice</i> (Wong <i>et al.</i> 2008).</p> <p>L'obiettivo dello studio è di indagare le modalità adottate per la trasmissione delle informazioni clinico-assistenziali nella presa in carico dei pazienti tra un turno assistenziale e quello successivo presso le strutture di Medicina dell'AOU di Udine.</p>
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p>È stata effettuata un'analisi della letteratura nelle banche dati <i>Medline</i> e <i>Cinahl</i> dal 2004 al 2010, al fine di identificare il <i>minimum data set</i> da trasmettere per garantire la sicurezza e la continuità assistenziale del paziente e i possibili modelli di riferimento.</p> <p>Sono stati selezionati studi che hanno analizzato l'associazione tra comunicazione e/o informazione e qualità dell'assistenza e consegne infermieristiche.</p> <p>La letteratura internazionale evidenzia diversi strumenti creati per migliorare il trasferimento delle informazioni; tuttavia non ci sono evidenze che un modello sia migliore rispetto ad un altro nel garantire la sicurezza del paziente. Il <i>Kaiser Permanente</i> negli Stati Uniti (Leonard <i>et al.</i> 2004; Haig <i>et al.</i> 2006; Porteous <i>et al.</i> 2009) ha sviluppato la <i>Situation Background Assessment Recommendation (SBAR) checklist</i>, che indica gli elementi da</p>

	<p>salvaguardare e assicurare all'interno dell'informazione a ogni passaggio di consegne. La letteratura inoltre indica i fattori che influenzano il processo di trasmissione delle consegne quali: interruzioni, durata e luogo in cui vengono date le consegne, il dover garantire la continuità della cura delle persone assistite, la trasmissione di informazioni irrilevanti per la presa in carico del paziente e la ridondanza di informazione (<i>Joint Commission Perspectives on Patient Safety</i> 2005; Laxmisan <i>et al.</i> 2007; Connell <i>et al.</i> 2008, Johnson & Barach 2009; <i>Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare</i> 2010; Matic 2010).</p> <p>È stato realizzato uno studio osservazionale descrittivo/esplorativo articolato in due fasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - elaborazione strumento di rilevazione sulla base del metodo <i>SBAR</i> e del <i>minimum data set</i> per garantire la sicurezza del paziente e la continuità assistenziale; - rilevazione delle informazioni trasmesse dagli infermieri e delle variabili di contesto durante le consegne in un campione di convenienza di pazienti ricoverati nelle Strutture di Medicina dell'A.O.U. di Udine.
Percorso sperimentale	<p>Per la creazione dello strumento di raccolta dati è stato costituito un gruppo di lavoro, composto da Responsabili Dipartimentali dell'Assistenza e Coordinatori delle Strutture di Medicina con maturata esperienza clinica negli (ultimi 5 anni), coordinato dall'area dello Sviluppo Organizzativo della Direzione delle Professioni Sanitarie.</p> <p>Per l'elaborazione dello strumento è stato individuato come riferimento il modello mnemonico <i>SBAR</i> e, sulla base dei dati di letteratura e dell'esperienza, tale modello è stato integrato con le informazioni necessarie/rilevanti per la garanzia della sicurezza del paziente e della continuità assistenziale.</p> <p>Questo processo ha permesso di organizzare le informazioni in tre sezioni (paziente, Infermiere e contesto) ciascuna delle quali esplorava specifiche variabili. Prima di effettuare la rilevazione, lo strumento è stato testato al fine di individuare ulteriori variabili non considerate e valutarne la comprensibilità e sostenibilità.</p> <p>È stato preso in esame il processo di trasferimento delle informazioni relative a un campione di pazienti ricoverati nelle Strutture di Medicina nel periodo 2 novembre-2 dicembre 2010.</p> <p>La raccolta dei dati è stata svolta attraverso l'osservazione partecipata al momento di trasmissione delle consegne al cambio turno notte/mattino e mattino/pomeriggio. Le rilevazioni effettuate sono state condotte in cieco, ovvero gli operatori erano a conoscenza della presenza di un osservatore durante la trasmissione delle consegne, ma non erano a conoscenza degli aspetti specifici che l'osservatore avrebbe censito.</p>
Indicatori di processo	<p><i>Variabili</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Contesto</i>: orario scambio informazioni, tempo dedicato, numero pazienti, <i>setting</i>, interruzioni. - <i>Operatore</i>: ridondanza e pertinenza informazioni, terminologia, ordine seguito e percorso logico di esposizione. - <i>Paziente</i>: fonte dati, identificazione paziente, diagnosi principale/secondaria, bisogni/problemi prioritari e rischi paziente, esami/risultati diagnostici da effettuare/controllare, monitoraggi per gestione terapia, necessità addestramento/educazione terapeutica, pianificazione dimissione. <p>131 scambi di informazioni per 1.239 pazienti: l'interruzione più frequente è il campanello (26%), segue il medico (17%), personale di reparto (16%), pazienti e <i>caregiver</i> (13%).</p> <p>La documentazione clinica è usata nell'87,4% dei casi, nel 92% delle volte è impiegato un locale dedicato.</p>
Indicatori di risultato	<p>Il tempo medio dedicato al passaggio delle informazioni è di 35' (25' min - 45' max).</p> <p>Su 1.239 pazienti venivano segnalati i seguenti problemi:</p>

	<p>402 volte: alimentazione (32,44%); 353: movimento (28,5%); 301: eliminazione (24,3%); 293: orientamento (23,65%); 246: difficoltà nelle ADL (19,85%); 221: condizioni mentali (17,84%); 179: dolore (14,44%); 153: idratazione (12,35%).</p> <p>Sono stati segnalati: 268 volte l'aggiornamento della pianificazione della dimissione (21,6%); 536 i risultati diagnostici/esami da effettuare (43,3%); 514 la necessità di monitoraggi (41,5%); 58 la necessità dell'addestramento/educazione terapeutica (4,7%).</p> <p>I rischi trasmessi sono stati: 125 volte il disorientamento (10,08%); 98 le LdD (7,9%); 95 il dolore (7,7%); 84 le cadute (6,8%); 64 la malnutrizione (5,2%); 49 le infezioni (3,9%).</p>
Esiti/Outcome	<p>Rispetto ai riferimenti di letteratura:</p> <ul style="list-style-type: none">- solo il 78% delle informazioni trasmesse era pertinente per la presa in carico del paziente; tale dato risulta inferiore all'atteso (Sexton <i>et al.</i> 2004);- la ridondanza d'informazione osservata (9,7%) risulta più bassa rispetto all'atteso. <p>Il dato interno evidenzia che la pianificazione della dimissione è presente nel 21,6% delle osservazioni (raro in letteratura, Karkainern e Erikson 2003). Va misurato quanto questa percentuale soddisfi le esigenze di pianificazione per gli specifici assistiti.</p> <p>Il dato raccolto sulle informazioni che riguardano l'ambito educativo (4,7%) è ritenuto insufficiente ad assicurare gli obiettivi di autonomia dei pazienti nella gestione dei loro problemi di salute alla dimissione.</p>

TITOLO	L'Infermiere <i>Tutor</i> nel blocco operatorio per favorire la multidisciplinarietà
Azienda	ASUR Area Vasta 1
Dipartimento/Distretto	Dipartimento Chirurgico
Unità operativa	Blocco Operatorio
Città	Urbino
Indirizzo (della struttura)	Viale Comandino, 70
Email	stefania.rasori@sanita.marche.it
Referente (unico) per contatti	Rasori Stefania
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Rasori Stefania , Dirigente Servizio Infermieristico De Col Loredana , Coordinatrice Infermieristica di Dipartimento Brizi Floriana , Coordinatrice Blocco Operatorio
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	1° settembre 2008
Sperimentazione terminata il	In corso
Obiettivo della Sperimentazione	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitare l'acquisizione delle abilità tecniche e delle conoscenze specifiche per garantire agli Infermieri assegnati al Blocco Operatorio una formazione specifica per svolgere sia le funzioni di Infermiere di sala sia quelle di strumentista, sulla base del principio della multidisciplinarietà. - Definire un percorso formativo standardizzato e personalizzato nell'applicazione a ogni singolo operatore neo-inserito e ampliare le abilità degli Infermieri già presenti. - Stimolare i processi comunicativi tra i componenti dell'<i>équipe</i> tramite l'utilizzo di strumenti elaborati per monitorare e garantire la sicurezza del paziente e dell'operatore. - Promuovere i processi di miglioramento delle <i>performances</i> di ogni singolo operatore per favorire il clima e i rapporti all'interno dell'organizzazione stessa.
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Sperimentazione	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p>Nell'anno 2009 è stato progettato un corso formativo rivolto agli Infermieri del Blocco Operatorio "esperti" per metterli nelle condizioni di sviluppare competenze tutoriali da poter applicare per garantire agli operatori neo inseriti un percorso formativo.</p> <p><i>Sviluppo del corso</i> Una parte teorica e una parte pratica per apprendere le capacità di affiancamento dei neo inseriti.</p> <p><i>Applicazione del corso</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Affiancamento di tutti i neo inseriti da parte di un <i>Tutor</i> per la definizione della diagnosi formativa, attraverso il bilancio delle competenze e la stipula del contratto formativo. - Costruzione di schede di valutazione specifiche per la funzione, per ogni intervento chirurgico e per ogni disciplina. - Integrazione tra i campi di apprendimento delle diverse figure professionali neo inserite e di quelle già presenti. - Verifica periodica e finale delle abilità acquisite.
Percorso sperimentale	<p>Sono stati addestrati 8 infermieri con funzione di <i>Tutor</i> da gennaio a marzo 2009.</p> <p>Sono stati individuati gli strumenti per valutare il livello di <i>performance</i> raggiunto dagli operatori in addestramento.</p> <p>Sono state elaborate, da parte degli Infermieri esperti di ogni disciplina chirurgica, schede di valutazione dove vengono descritte le attività specifiche e gli obiettivi educativi specifici da raggiungere nella fase pre-operatoria, intra-operatoria e post-operatoria. Ogni fase è stata dettagliata da obiettivi specifici e da indicatori di risultato: visto, eseguito con supervisione, eseguito in autonomia. Al termine della compilazione, la</p>

	<p>scheda di valutazione ha previsto la convalida e la condivisione dell'Infermiere in addestramento, dell'Infermiere <i>Tutor</i> e del Chirurgo presente all'intervento.</p> <p>Sono stati addestrati 9 Infermieri, all'inizio della sperimentazione, per svolgere le due funzioni all'interno della stessa disciplina: 1 operatore era addestrato con la duplice funzione e in 3 discipline chirurgiche; 2 operatori hanno mantenuto la specializzazione di strumentista, ognuno su 3 discipline distinte; 3 operatori sono stati addestrati con funzione di Infermiere di sala in 2 diverse discipline e gli stessi hanno iniziato l'addestramento per acquisire competenze come strumentista.</p> <p>I 3 operatori addestrati con funzioni di Infermiere di sala per la Chirurgia hanno iniziato il percorso d'addestramento per l'area ostetrica, mentre i 4 operatori che svolgono funzioni di Infermiere di sala per l'ortopedia sono stati addestrati per l'attività ambulatoriale della sala gessi.</p> <p>Sono stati inseriti, da maggio ad agosto 2011, 3 operatori, addestrati nel mese di luglio: 1 come Infermiere di sala per la Chirurgia, 1 come Infermiere di sala per l'Ostetricia e 1, che è stata reinserita dopo un periodo di allontanamento, ha consolidato abilità come Infermiera di sala per Ostetricia/Ginecologia e ha iniziato l'addestramento come strumentista di Chirurgia.</p>
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - L'Infermiere neo inserito è stato seguito con modalità di affiancamento dal <i>Tutor</i> nel 70% e con supervisione nell'altro 30% in interventi a bassa/media/alta complessità chirurgica, per le funzioni di Infermiere di sala e di Infermiere strumentista. - L'Infermiere esperto in una disciplina è stato seguito con modalità di affiancamento dal <i>Tutor</i> nel 70% e con supervisione nell'altro 30% in interventi a bassa/media/alta complessità chirurgica per le funzioni di Infermiere di sala e di strumentista in un'altra disciplina chirurgica.
Indicatori di risultato	<p>I neo-inseriti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - devono aver stipulato il contratto formativo entro una settimana; - devono acquisire abilità tecniche per le funzioni di Infermiere di sala in due discipline entro 3 mesi; - devono consolidare le abilità precedenti e acquisire le abilità tecniche di strumentista in almeno una disciplina per interventi di bassa complessità chirurgica entro 5 mesi; - devono acquisire abilità tecniche come strumentista per almeno 1 disciplina per interventi ad alta complessità chirurgica entro 6 mesi. <p>Gli infermieri addestrati per una disciplina con funzione di Infermiere di sala e Infermiere strumentista:</p> <ul style="list-style-type: none"> - devono acquisire abilità per una disciplina diversa sia per le funzioni di sala che strumentista sino al raggiungimento dell'addestramento multidisciplinare e multifunzionale dell'80% del totale degli operatori entro 6 mesi.
Esiti/Outcome	<p>Il personale infermieristico del Blocco Operatorio è composto da 20 Infermieri. Dall'analisi dei dati emerge che da settembre 2008 a ottobre 2011:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 Infermieri svolgono le funzioni di Infermiere strumentista e di sala in almeno 2 discipline; - 14 Infermieri sono stati addestrati in 3 discipline con funzioni di Infermiere di sala e in almeno 1 disciplina anche come strumentista. <p>Il percorso formativo utilizzato ha permesso l'addestramento con una tempistica rigorosa favorendo la multidisciplinarietà.</p>

Titolo	La presa in carico della persona affetta da piede diabetico, un'assistenza da programmare per l'integrazione ospedale-territorio
Azienda	ASL VT
Dipartimento/Distretto	VT/1
Unità operativa	ADI
Città	Valentano
Indirizzo (della struttura)	Via delle Mura Castellane
Email	lucia.dicamplici@asl.vt.it
Referente (unico) per contatti	Di Camplici Lucia
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Di Camplici Lucia , Infermiera ADI Rosciolo Angelo , Infermiere ADI e operativo nel 118
	PROGETTO
Obiettivo del Progetto	Territorializzazione delle cure sanitarie degli assistiti con patologie croniche
Strutture coinvolte	Unità Operativa
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p>Le patologie croniche non sono più un allarme, sono una realtà; l'aumento della popolazione e dell'età anagrafica grazie a un maggior benessere ottenuto grazie alla potabilizzazione dell'acqua, la scoperta delle vaccinazioni contro malattie debilitanti e/o mortali, le cure con gli antibiotici, l'intervento della tecnologia, il mantenimento della pace, sono fattori che contribuiscono al benessere delle condizioni umane, oggi però qualitativamente compromesse dall'inquinamento ambientale provocato dall'uomo.</p> <p>Già 32 anni fa, nel 1978, in occasione del Congresso dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ad Alma Ata, si sottolineava la necessità di ridefinire l'assistenza sanitaria delle cure primarie in un contesto integrato ospedale-territorio e di decentralizzare le cure ospedaliere: patologie che fino all'inizio del secolo scorso si curavano esclusivamente in ospedale, grazie ai progressi scientifici sono ora gestibili e controllabili nel contesto periferico, dove vive il cittadino. Attualmente, nell'Azienda Sanitaria viterbese, l'assistenza nel territorio è costituita da un sistema di offerta complesso: all'attività sanitaria contribuisce non solo il Medico di Medicina Generale, ma anche gli specialisti non più accentrati all'ospedale e che si spostano nei Distretti. Da circa un decennio, l'Infermiere è divenuto un professionista della salute che arriva al domicilio dell'assistito cosiddetto "fragile": un professionista cosciente del cambiamento, anche se ancora molto legato alla realtà ospedaliera, e non ancora valutato dalle Aziende sanitarie come "forza per la salute", secondo la definizione coniata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nei congressi di Vienna 1988 e Monaco 2000.</p> <p>Una politica sanitaria decentrata non può assestarsi ed essere completa se la presa in carico dell'assistito non si integra tra ospedale e territorio e se l'ausilio dell'Infermiere è confinato all'interno dell'ospedale. La politica sanitaria ancora non considera adeguatamente la presenza dell'infermiere sul territorio, valutando gli aspetti demografici e stanziali della popolazione per attuare appropriate assunzioni di Infermieri e, necessariamente, programmi di <i>screening</i> e aumentando l'interesse alla salute e la consapevolezza che, scegliendo e praticando stili di vita consigliati anche dalla "pubblicità", diventiamo responsabili della nostra salute e di quella altrui. Si avverte l'esigenza di una maggiore educazione all'<i>empowerment</i> della persona, affinché possa ritardare o evitare le complicanze delle patologie di maggior interesse sanitario: diabete, obesità, cardiopatie, ictus, che spesso possono manifestarsi contemporaneamente, producendo altre problematiche, come le ulcere del "piede diabetico".</p> <p>Nel Preambolo della <i>Carta europea dei diritti del malato</i> presentata a Bruxelles il 15 novembre 2002, risultato di un lavoro congiunto tra il Tribunale dei Diritti del Malato e 15 organizzazioni civiche partner della rete europea di Cittadinanzattiva, <i>Active citizenship network</i>, e adottata dal Parlamento Europeo il 15 marzo 2007, si legge: "Malgrado le loro differenze, i sistemi sanitari nazionali dei paesi dell'Unione Europea mettono a rischio gli stessi diritti di pazienti, consumatori, utenti, famiglie, soggetti deboli e comuni</p>

	<p>cittadini. Malgrado le solenni dichiarazioni sul Modello sociale europeo (il diritto all'accesso universale ai servizi sanitari), numerose limitazioni mettono in discussione l'effettività di questo diritto".</p> <p>L'art. 53 della Carta mette in evidenza "un diritto alla salute come diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali". Stabilisce, inoltre, che "l'Unione deve garantire un alto livello di protezione della salute umana", intendendo la salute come un bene sia individuale che sociale, ma anche come insieme dei servizi sanitari. Questo è il compito dei governi nazionali: non fermarsi alle soglie di "standard minimi garantiti", ma, nella diversità di capacità di prestazioni tra i vari sistemi, livellare verso l'alto.</p>
Percorso sperimentale	<p>Individuare per ogni centro salute un Infermiere di riferimento che dovrebbe occuparsi dell'accoglienza della domanda, dell'informatizzazione dei dati, dell'organizzazione interna (ordinazione presidi farmaceutici, prenotazione delle visite specialistiche domiciliari per l'assistito, individuazione di un <i>caregiver</i> dell'assistito, possibilità di relazionarsi con le strutture centrali, distribuire l'attività agli altri Infermieri, individuare se l'assistito è seguibile a domicilio o può recarsi in ambulatorio), al fine di evitare anche l'utilizzo improprio a domicilio dell'Infermiere, laddove non ci sono Ambulatori Infermieristici.</p>
Indicatori di processo	<p>Per la verifica del progetto si propongono una serie di indicatori di monitoraggio e un questionario da somministrare nelle scuole elementari, medie inferiori, negli studi medici, nel Centro Anziani e nel Centro Salute.</p> <p>Indicatori:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. N. <i>dépliant</i> informativi sull'offerta sanitaria territoriale del distretto, prodotti e distribuiti per numero di famiglie, di ogni Centro Salute (controllo della spesa sanitaria sulla pubblicità). N. <i>dépliant</i>: 75%. N. famiglie. 2. N. eventi educativi per la popolazione in base all'argomento di prevenzione scelto secondo una necessità locale o per adempimento dei Piani Sanitari in programma sulla popolazione residente che ha partecipato agli incontri. N. eventi. N. partecipanti: 65%. 3. N. Ambulatori Infermieristici aziendali attivati, per distretto, in base alle caratteristiche demografiche della popolazione in rapporto all'organico del personale infermieristico territoriale. N. Ambulatori Infermieristici. N. comuni: 65%. 4. N. Corsi d'aggiornamento (obbligatori e facoltativi) effettuati durante l'anno per il numero di operatori che li hanno frequentati. N. corsi aggiornamento. N. operatori: 80%. 5. N. incontri di équipe territoriale nell'anno sul totale degli operatori sanitari operanti nel distretto. N. incontri. N. operatori partecipanti: 90% 6. N. accessi agli Ambulatoriali Infermieristici nell'arco dei primi sei mesi d'attività, sul totale dei turni coperti. N. accessi N. turni: 80% 7. Questionari compilati dagli utenti sul totale dei questionari somministrati. N. questionari compilati Totale dei questionari somministrati: 80%
Esiti/Outcome	<p>Aumento dell'offerta sanitaria territoriale, riduzione delle degenze ospedaliere, collocazione studiata del personale sanitario in esubero in seguito alla riduzione dei posti letto e/o chiusura dei reparti.</p>

Titolo	L'attivazione di una Sezione di Apprendimento Clinico (SdAC) per migliorare l'apprendimento degli studenti del Corso di Laurea per Infermiere (CLI) riducendo il gap teoria-pratica
Azienda	A.O. "Ospedale di Circolo e F. Macchi" di Varese
Dipartimento/Distretto	SITRA, Servizio Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo Aziendale
Unità operativa	Geriatria
Città	Varese
Indirizzo (della struttura)	Viale L. Borri, 57 21100 Varese
Email	caposala.geriatria@ospedale.varese.it
Referente (unico) per contatti	Sironi Cecilia , Collaboratore professionale sanitario esperto, Supervisore didattico del Corso di Laurea
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto	Baccin Giliola , Coordinatore del Corso di Laurea sezione di Varese; Casartelli Loredana , Coordinatore U.O. Geriatria; <i>Tutors</i> del Corso di Laurea: Bompan Anna Buzio Paola Filippini Aurelio Galantino Antonio Maglione Maria Teresa Metra Irene Montemezzo Raffaella Orlandi Rosella Talamona Adele
Progetto iniziato il	14 aprile 2011
Progetto terminato il	In corso
	PROGETTO
Obiettivo del Progetto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qualificare il tirocinio degli studenti infermieri con un'esperienza di pianificazione assistenziale infermieristica guidata dal modello teorico adottato dal Corso di Laurea, dal <i>feedback</i> del <i>Tutor</i> e in collaborazione con gli Infermieri della sezione. 2. Favorire la graduale acquisizione di responsabilità da parte degli studenti del 2° e 3° anno del Corso di Laurea in Infermieristica attraverso l'impiego dei contenuti, delle abilità, dei valori e degli atteggiamenti appresi nelle attività didattiche proposte nel triennio.
Strutture coinvolte	Altre Aziende/Altro
Progetto	Monoprofessionale
Disegno progettuale	<p>La finalità del progetto è stata di avviare una sperimentazione didattica nella sezione A di Geriatria dell'A.O. "Ospedale di Circolo e F. Macchi" di Varese, finalizzata all'insegnamento dell'assistenza infermieristica personalizzata. Il Corso di Laurea in Infermieristica ha messo a disposizione un determinato numero di studenti del triennio, con la supervisione del personale del Corso di Laurea, in modo da personalizzare maggiormente l'assistenza favorendo l'apprendimento clinico. La presenza degli studenti e dei <i>Tutor</i> ha tenuto conto dei vincoli del piano didattico e delle scadenze dell'anno accademico. Tale unità è stata denominata Sezione di Apprendimento Clinico (SdAC).</p> <p>Le risorse individuate per l'attivazione della sperimentazione hanno riguardato il personale, la formazione (preparatoria e in itinere) e alcune apparecchiature e arredamento.</p> <p>L'identificazione dei nove Infermieri è stata su base volontaria, dopo i tre incontri informativi rivolti a tutto il personale tenuti nella U.O. di Geriatria nei giorni 11, 17 e 23 novembre 2010 (ore 14.30-16.00).</p> <p>Ogni turno ha previsto la presenza di un Infermiere al quale è stato assegnato un numero di studenti secondo schemi di turno appositamente predisposti. Durante il turno di mattino e al passaggio di consegna del pomeriggio è stato presente, salvo imprevisti, almeno un <i>Tutor</i> del Corso di Laurea per sostenere l'Infermiere di turno nella definizione degli obiettivi assistenziali e delle prestazioni o azioni infermieristiche di cui gli studenti</p>

	<p>dovevano poi essere responsabili. I <i>Tutor</i> attribuiti al Corso di Laurea hanno prestato la loro attività in Geriatria dalle quattro alle otto ore quotidiane, dal lunedì al sabato.</p> <p>La sala riunioni è stata utilizzata per il passaggio delle consegne e gli incontri di <i>briefing/debriefing</i> fra Infermieri, studenti e <i>Tutor</i> del Corso di Laurea.</p> <p>Saranno riassunti i risultati della valutazione effettuata a sei mesi dall'inizio della sperimentazione (che sta proseguendo).</p>
Percorso sperimentale	Progetto in corso di realizzazione con valutazione effettuata a sei mesi (ottobre 2011) (vedi sopra).
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizzo di una specifica turnistica mensile per gli studenti e i <i>Tutor</i>. - Impiego di schede di raccolta dati orientate dal modello concettuale adottato e utilizzo dell'Indice di Barthel e delle scale di Conley e Norton. - Compilazione della cartella infermieristica in uso e definizione degli obiettivi assistenziali. - Somministrazione agli studenti di un questionario di valutazione dell'esperienza svolta in SdAC. - <i>Focus group</i> con studenti al termine dei periodi di tirocinio in SdAC. - Partecipazione degli studenti ai momenti di passaggio di consegna e <i>briefing/debriefing</i> con Infermieri e <i>Tutor</i>.
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Aderenza alla turnistica mensile da parte di studenti e <i>Tutor</i>. - Compilazione all'ingresso e revisione periodica delle schede di raccolta dati orientate dal modello concettuale adottato, dell'Indice di Barthel e delle scale di Conley e Norton. - Redazione secondo le indicazioni fornite degli obiettivi assistenziali di almeno tre persone ricoverate per turno. - Elaborazione dei dati contenuti nei questionari di valutazione dell'esperienza svolta in SdAC e compilati dagli studenti. - Elaborazione dei dati emersi dai <i>Focus groups</i> con gli studenti al termine dei periodi di tirocinio in SdAC. - Redazione delle consegne a cura degli studenti.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Graduale acquisizione da parte degli studenti della capacità di raccogliere e trasmettere i dati e di pianificare l'assistenza infermieristica in modo personalizzato. - Acquisizione di responsabilità sulla pianificazione e sui risultati degli atti assistenziali svolti da parte degli studenti. - Riflessione sull'acquisizione delle competenze infermieristiche avvenuta da parte degli studenti durante l'esperienza in SdAC.

TITOLO	Progetto Apprendimento
Azienda	Ospedale San Raffaele Arcangelo
Dipartimento/Distretto	Centro Servizi
Unità operativa	Hospice
Città	Venezia
Indirizzo (della struttura)	Cannaregio, 3458 30121 Venezia
Email	hospice.ve@fatebenefratelli.it
Referente (unico) per contatti	Pérez Maria
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Antonello Alberto , Infermiere Bernat Sheyla , Infermiera Liby Joseph , Infermiera Mora Maria , Infermiera Solomon Cecilia Infermiera Vieira Tony , Infermiere Pérez Maria , Coordinatrice infermieristica Volpe Giovanni , Responsabile Professioni Sanitarie
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	15 settembre 2011
Sperimentazione terminata il	15 settembre 2012
Obiettivo della Sperimentazione	Offrire, attraverso il modello assistenziale del <i>Primary Nursing</i> , un'assistenza infermieristica personalizzata e globale basata sulla relazione.
Strutture coinvolte Sperimentazione	Unità Operativa Monoprofessionale
Disegno progettuale	L'Unità Operativa analizzata è l' <i>Hospice</i> Casa San Giovanni di Dio, struttura di ricovero per le cure palliative, da 5 anni attiva a Venezia, all'interno dell'Ospedale S. Raffaele Arcangelo, Fatebenefratelli. L'Ordine Ospedaliero è operante a Venezia dal XVIII sec; dal 1985 è Ospedale Specializzato a indirizzo Riabilitativo. L' <i>équipe</i> infermieristica dell' <i>Hospice</i> è composta da sette Infermieri laureati, dei quali un Coordinatore in possesso del Master per le funzioni di coordinamento e un Infermiere in formazione per il conseguimento del titolo di Master <i>Case Manager</i> (dicembre 2011). L'oggetto dell'analisi riguarda le criticità presenti nel modello d'organizzazione dell'assistenza funzionale. Il problema è stato analizzato attraverso un diagramma di Ishikawa. <i>Obiettivo generale</i> Garantire attraverso il modello assistenziale del <i>Primary Nursing</i> un'assistenza infermieristica personalizzata e globale basata sulla relazione. Questo modello assistenziale, in cui la responsabilità è accentrata sull'Infermiere referente, permette al personale infermieristico di lavorare al massimo della sua capacità professionale, di garantire un'assistenza personalizzata, continua e globale e di percepire, insieme ai pazienti, un alto grado di soddisfazione. <i>Obiettivo a breve-medio termine</i> La formazione del personale e l'elaborazione di strumenti specifici per la pianificazione del lavoro. Le strategie per il raggiungimento degli obiettivi consistono nella definizione degli ambiti di competenza di ogni operatore e formazione specifica degli operatori sul nuovo modello organizzativo. Il progetto si svilupperà senza utilizzo di risorse aggiuntive.
Percorso sperimentale	Ha inizio il 15 settembre 2011 e avrà durata di un anno. L'organizzazione è programmata come descritto di seguito. - Il Coordinatore assegna il paziente all'Infermiere referente entro le prime 48 ore di degenza in <i>Hospice</i> . I criteri di assegnazione sono: - competenze dell'Infermiere rispetto alla tipologia di paziente; - pianificazione turnistica e numero di pazienti assegnati a ciascun

	<p>Infermiere (max 2 pazienti/Infermiere).</p> <p>L'Infermiere presente al momento dell'accoglienza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - presenta la struttura al paziente; - effettua l'accertamento infermieristico e valuta i parametri riportati sulle schede di Braden, Karnofsky e Tinetti (per i pazienti con capacità di deambulazione); - provvede alla pianificazione degli interventi infermieristici di natura urgente o emergente. <p>Il primo giorno presente, l'Infermiere referente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prende visione dei dati riportati dai colleghi e controfirma la scheda di accertamento infermieristico all'ingresso; - si presenta al paziente/famiglia e provvede all'elaborazione del piano di assistenza infermieristica; - redige nel pomeriggio la relazione sull'andamento del programma assistenziale del paziente. <p>L'infermiere referente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - assume la responsabilità sull'impostazione del programma assistenziale e risultati; - è il garante della continuità assistenziale alla dimissione e/o trasferimento; - possiede competenza avanzata per l'ambito assistenziale. <p>Gli Infermieri associati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - erogano prestazioni secondo il programma elaborato dall'Infermiere referente; - effettuano le modifiche necessarie qualora cambino le condizioni del paziente; - garantiscono la continuità assistenziale in assenza dell'Infermiere referente.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> - Percentuale di Infermieri formati sul modello <i>Primary Nursing</i>. - Percentuale di Infermieri che hanno partecipato a incontri trimestrali con il Coordinatore sui modelli assistenziali e la qualità dell'assistenza in <i>Hospice</i>. - Modello di <i>Primary Nursing</i> a pieno regime. <p>Analisi della cartella infermieristica sugli obiettivi pianificati e raggiunti.</p>
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Grado di soddisfazione degli operatori attraverso la somministrazione di questionari nel mese di marzo e settembre. - Gradi di soddisfazione degli utenti attraverso la somministrazione di questionari dopo una settimana dell'ingresso.
Esiti/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Modello di <i>Primary Nursing</i> a pieno regime. - Aumento della qualità assistenziale dalla prima alla seconda valutazione (paziente). - Appropriatelyzza professionale nell'affidamento del paziente attraverso la creazione di mappature delle competenze specifiche.

Titolo	Introduzione della <i>check list</i> del <i>time out</i> in un Comparto Chirurgico: i risultati di un progetto di miglioramento in una azienda ospedaliera
Azienda	Azienda Ospedaliera Pavia
Dipartimento/Distretto	DEA
Unità operativa	Gruppi operatori
Città	Voghera
Indirizzo (della struttura)	Via Voltorno, 14
Email	vittorina_cestari@ospedali.pavia.it
Referente (unico) per contatti	Cestari Vittorina
Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Sperimentazione	Cestari Vittorina , Infermiera Coordinatrice AD PV Rizzotti Patrizia , Docente e Consulente in ricerca e formazione libera professionale
	SPERIMENTAZIONE
Sperimentazione iniziata il	Agosto 2010
Sperimentazione terminata il	Novembre 2010
Indicatori di processo	Analisti schede <i>check list</i> compilate. Numero di interviste eseguite. Analisi compilazione delle diverse fasi delle <i>check list</i> . Presenza firma dei compilatori, nelle diverse fasi e dei singoli item. Compilazione dei questionari.
Indicatori di risultato	Schede compilate, completezza, contenuto dei questionari e indicazioni operative suggerite: fattori che favoriscono o no la cultura e la gestione dell'errore.
Esiti/Outcome	Gli operatori compilano e utilizzano la <i>check list</i> con maggiore precisione e completezza se ne percepiscono la natura sostanziale; la sua accettazione è subordinata ad una corretta presentazione e comprensione da realizzare con momenti formativi.



FEDERAZIONE
NAZIONALE COLLEGI IPASVI
Via Agostino Depretis 70
00184 Roma
Tel. +39 06 46200101 - fax 06 46200131

www.ipasvi.it

