

2016

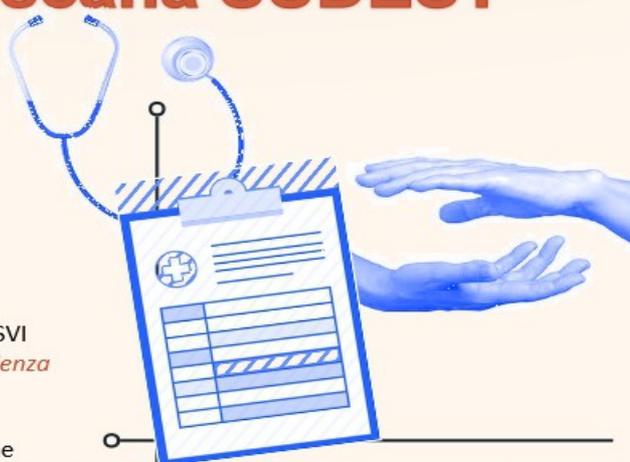


Servizio Sanitario della Toscana

INNOVARE PER MIGLIORARSI II Esperienze e progetti degli infermieri Azienda USL Toscana SUDEST

Programma

- 08.00 – 08.15 Adempimenti ECM
08.15 – 09.00 Salute Autorità
09.00 – 09.20 **BEATRICE MAZZOLENI**
Segretario Federazione Nazionale Collegi IPASVI
Competenze infermieristiche. Quando l'esperienza operativa anticipa le linee di indirizzo
09.20 – 09.40 **PAOLA ARCADI**
Presidente Accademia Scienze Infermieristiche
Bisogni di salute nella sanità che cambia. Quali sfide per la professione infermieristica?
09.40 – 10.00 **LORENZO BARAGATTI**
Direttore Dipartimento Infermieristico Ostetrico
Azienda USL Toscana Sud Est
Il Dipartimento delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche nell'Azienda USL Toscana Sud Est
10.00 – 12.40 Pausa
Relazione dei Progetti
12.40 – 13.00 **Conclusione dei lavori**
LORENZO BARAGATTI
NICOLA DRAOLI
Presidente Collegio IPASVI Grosseto
13.00 – 13.15 Adempimenti ECM



**21 Ottobre
2016
08,00 - 13,15**

*Aula Magna
Polo Didattico di Grosseto
Università degli Studi di Siena
Via Ginori 43 GROSSETO*

È stato richiesto l'accreditamento ECM

Numero massimo di iscrizioni: 105

90 riservati dipendenti ASL - ISCRIZIONI su applicativo <http://formazione.sigmainformatica.com>

15 riservati Collegio IPASVI GR non dipendenti ASL - ISCRIZIONI contattare segreteria@ipasvigrosseto.it

[ATTI CONGRESSUALI]

*Sintesi dei progetti presentati che hanno dato consenso alla divulgazione.
Prefazioni di Nicola Draoli; Lorenzo Baragatti; Paola Arcadi.*

Indice generale

Introduzione Collegio Provinciale IPASVI di Grosseto.....	3
Nicola Draoli – Presidente Collegio IPASVI Grosseto	
Introduzione del Dipartimento delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche.....	4
Lorenzo Baragatti, Direttore Dipartimento Professioni Infermieristiche e Ostetriche	
Bisogni di salute nella sanità che cambia: quali sfide per la professione infermieristica?	5
Paola Arcadi Presidente Accademia Scienze Infermieristiche	
Processo decisionale e pensiero critico nella gestione della terapia	8
Progetto ambulatorio continuità assistenziale per ferite di difficile guarigione con approccio olistico presso la casa della salute.....	11
Dialisi domiciliare : opportunità e vantaggi riabilitativi	13
Fattibilità e sostenibilità della pianificazione assistenziale standard.....	15
Gli altri progetti presentati.....	17



Introduzione Collegio Provinciale IPASVI di Grosseto

Eccoci giunti alla seconda edizione della bella iniziativa promossa dall'allora ex ASL9 Grossetana, ora Azienda USL Toscana Sud Est, in Collaborazione con questo Collegio. Il momento di confronto congressuale sulle esperienze e sui progetti infermieristici, a forte valenza interprofessionale, è significativo ed assume valenza importante per molte ragioni. Il substrato culturale e disciplinare degli infermieri nella nostra realtà è dinamico, vivo, propositivo. Vi è una naturale tendenza dei professionisti infermieri a convergere le conoscenze verso servizi e percorsi personalizzati sulla comunità assistita secondo logiche di prossimità. In altre parole gli input formali che arrivano dalle istituzioni e dai dipartimenti, e che in un qualche modo “impongono” l'attivazione di determinati servizi, sono poi elaborati, introiettati, modificati e personalizzati dalle singole realtà disseminate nel vasto territorio su cui operiamo. Una infermieristica “pratica” che risponde all'analisi dei bisogni che incontra con risposte centrate sui problemi locali. La diffusione di questi progetti ed esperienze è essenziale per creare consapevolezza tra gli operatori di ciò che il gruppo professionale allargato produce, per ispirare e contagiare altre strutture ed altri professionisti a modificare alcune azioni e alcune consuetudini, per accendere una “lampadina virtuosa”. L'apertura e la flessibilità con cui l'Azienda accoglie quanto viene prodotto nei diversi setting assistenziali, coinvolgendo non a caso un ordine professionale, diventa un fulcro essenziale per la soddisfazione dei professionisti e per portare elementi di cambiamento utili ai cittadini che assistiamo. Visibilità e diffusione sono elementi imprescindibili per dare valore, supporto e gambe al nostro lavoro quotidiano. Quest'anno l'infermieristica provinciale ha trovato ampio spazio sui media - come mai ricordo – con i percorsi in cui ha assunto ruolo da protagonista ed è stata oggetto di pubblicazione ben tre volte su “L'Infermiere”, rivista ufficiale della Federazione Nazionale IPASVI. La pubblicazione di questo breve opuscolo, impreziosito anche quest'anno da un autorevole ospite esterno – Paola Arcadi, è un ulteriore elemento per mantenere e sottolineare quanto fatto e per diffonderlo ancora e ulteriormente. La strada di “mescolare” input formali ed informali, evidenze realizzabili ed esperienze realizzate, è quella giusta perché risalta il contributo di tutti, rinforza ed incoraggia lo sviluppo professionale in termini di decisionalità, aumenta il rapporto fiduciario tra istituzioni, altre professioni, cittadini. Un grazie quindi al nostro neo dipartimento per l'intuizione di raccogliere e diffondere a cadenza annuale le buone esperienze ma soprattutto a tutti voi/noi per l'impegno, l'entusiasmo e la propositività che mai è venuta meno nonostante i tanti momenti difficili del passato e del presente, con la speranza di essere sempre più riconosciuti apprezzati e valorizzati. Una “buona pratica” non è mera applicazione di teorie elaborate da altri e altrove, ma implica un contributo di pensiero che è radicato nel reale e che come tale consente la costruzione di un sapere esperienziale. Per essere un “buon pratico”, dice Mortari, occorre saper costruire sapere a partire dall'esperienza (Mortari, 2009, 344)

Nicola Draoli – Presidente Collegio IPASVI Grosseto



Azienda USL Toscana Sud Est

Introduzione del Dipartimento delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche

Siamo giunti alla seconda edizione della giornata di miglioramento promossa dalla ASL con il prezioso supporto del Collegio IPASVI Grossetano. In continuità con la giornata dello scorso anno abbiamo deciso di continuare a dare spazio ai contributi degli infermieri già presenti lo scorso anno a dimostrazione che quanto di buon prodotto non rappresentava un'esperienza estemporanea ma un cammino virtuoso verso il miglioramento delle modalità di assistenza e, di conseguenza, del servizio offerto ai nostri assistiti. Dare continuità alla qualità ed all'innovazione rappresenta una vera sfida in una sanità che cambia volto ma che riesce a mantenere elevata la qualità dei servizi offerti. Quest'anno la giornata di condivisione si è arricchita con interventi di colleghi delle ex ASL di Arezzo e Siena che assieme alla ASL di Grosseto hanno trovato confluenza nella Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Sudest. All'interno della stessa è nato il Dipartimento delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche (DiPIO) chiamato a garantire la soddisfazione dei bisogni assistenziali attraverso la presa in carico, la continuità assistenziale, l'integrazione interprofessionale l'applicazione del processo di programmazione, pianificazione gestione e valutazione dell'assistenza infermieristica e ostetrica basata su criteri di efficacia, efficienza, appropriatezza e pertinenza. Allo stesso compete assicurare l'operatività dei professionisti afferenti mediante un'appropriata allocazione e una condivisione delle conoscenze a favore di processo di crescita continua, ricercando la migliore qualità per la persona in cura, la famiglia e la collettività. Il DiPIO ricerca modelli assistenziali innovativi e adeguati ai cambiamenti sociali organizzativi e strutturali adottando le migliori evidenze scientifiche disponibili. Nel rispetto dell'autonomia professionale, promuove le necessarie sinergie professionali e organizzative, la valorizzazione delle competenze di base e specialistiche in collaborazione continua e costante con la persona e gli altri professionisti. E' garante del diritto all'assistenza e persegue la soddisfazione del cittadino utente, dei professionisti sanitari, degli operatori di supporto e dell'organizzazione. E' ineludibile pensare che il motore degli impegni sopra citati sia rappresentato dai professionisti che quotidianamente progettano, pianificano gestiscono e valutano l'assistenza assecondati da un modello organizzativo che consenta loro di esprimersi al massimo del potenziale; ad essi va il mio apprezzamento e l'incoraggiamento a continuare con l'entusiasmo sin qui dimostrato.

Lorenzo Baragatti, Direttore Dipartimento Professioni Infermieristiche e Ostetriche

Bisogni di salute nella sanità che cambia: quali sfide per la professione infermieristica?

Paola Arcadi

Presidente Accademia Scienze Infermieristiche

e-mail: accademiascienzeinf@gmail.com

In questa breve disamina si cercherà di mettere in relazione le parole chiave del titolo assegnatomi: quale relazione intercorre tra salute e sanità, tra sanità e bisogno di salute, in quali ambiti si manifesta il cambiamento della sanità nel momento storico che stiamo vivendo, ma – soprattutto – quale relazione hanno tali elementi con la professione infermieristica, attraverso l'analisi dei principali fattori generatori di crisi, di tensioni e di transizioni nel sistema salute e nella disciplina infermieristica stessa; crisi da intendersi nella sua accezione Kuhniana, ovvero quale elemento di slancio per una rivoluzione paradigmatica.

Anzitutto possiamo osservare una **'crisi di sistema'**, caratterizzato dalla rottura di un equilibrio tra tre componenti:

1. in primis, la comparsa di nuovi bisogni di salute delle persone assistite e delle persone loro vicine e, soprattutto, l'affermazione di nuove modalità di percepire, concepire, manifestare e porgere tali bisogni nelle relazioni con gli operatori sanitari, in uno scenario socio-sanitario che vede sovvertiti i paradigmi storici di salute e di malattia ('oggi nessuno è sano e nessuno è malato'). Assistiamo, inoltre, ad un cambio paradigmatico anche per ciò che concerne i luoghi della cura. Il luogo che tradizionalmente ha visto il dipanarsi e il dispiegarsi della teorizzazione infermieristica nel nostro Paese, ovvero l'ospedale, oggi è radicalmente cambiato nella propria mission; le riforme socio-sanitarie proposte in questi ultimi anni fanno inoltre espressamente riferimento ad una logica di presa in carico della persona assistita, dei famigliari e delle comunità, nei rispettivi luoghi di vita; anche in virtù del fatto che ciascuno di noi vivrà buona parte della propria vita accompagnandosi con una condizione di malattia (si pensi all'aumento delle cronicità, su cui il sistema salute sta convogliando gran parte della sua attenzione) Sempre più, dunque, ci sarà richiesto di uscire da una logica di separazione dei luoghi, in uno scenario che vede la persona stessa identificarsi nel principale luogo di cura, che si muove e attraversa i diversi ambienti che incontra, necessitando una logica di presa in carico orizzontale e di accompagnamento (Manzoni, 2013)

2. In seconda istanza, la fragilità con la quale si prendono in considerazione i risultati degli studi epidemiologici, soprattutto in materia di valorizzazione della prevenzione e dell'assistenza sul territorio e sulle proposte di riorganizzazione del sistema sanitario verso il ridimensionamento della centralità della struttura ospedaliera;

3. Infine, le tendenze – a volte le derive – che orientano le decisioni in materia di programmazione e organizzazione sanitaria, troppo attente alla compatibilità economica, piuttosto che al perseguimento degli obiettivi di salute e alla valorizzazione degli stessi operatori sanitari.

In secondo luogo, oggi viviamo una **'crisi del sapere infermieristico'**, della concezione 'classica' del bisogno di assistenza infermieristica e della prospettiva monodisciplinare sulla salute, che rischia di condurre a quella che potremmo definire 'disciplina liquida' –utilizzando la nota metafora di Baumann – ovvero una disciplina fragile e che le trasformazioni del contesto, degli attori, e del sistema salute stanno rendendo molto incerta. Quest'affermazione giunge come esito della ricerca qualitativa di ASI (2015) dal titolo 'Di quali bisogni di salute si occupano gli infermieri?', nella quale

i colleghi intervistati hanno confermato che quel 'sapere teorico teorico' (Carper, 1978), per noi rappresentato dai modelli teorico disciplinari sistematici dell'infermieristica - nucleo sul quale si sono coagulati, fin dagli anni Ottanta per almeno due decenni, gli sforzi della comunità scientifica e professionale per sviluppare la scienza infermieristica, l'attività di ricerca e la modernizzazione della formazione di base e post-base - non basta più a leggere i fenomeni di salute a cui l'infermiere si accosta, portandoci esempi di saperi che originano dalla pratica clinica agita quotidianamente nell'incontro con l'individualità e la peculiare modalità di espressione di bisogni di ciascuna persona: la teoria dunque nasce dalla pratica e si fonda sull'esperienza che l'infermiere costruisce al letto del malato, assunto che conferma - in tal modo - alcuni orientamenti della letteratura sul tema (Polanyi, 1979, Benner, 1984; Manara, 2002).

Inoltre, la natura stessa del bisogno, sempre più complesso e multidimensionale, richiede alle singole discipline – dunque anche agli infermieri – di diventare di per sé multidisciplinari, utilizzando e mutuando conoscenze di altre discipline, intrecciando il proprio sapere con quello delle altre professioni.

In ultimo, possiamo evidenziare altresì una **“crisi del ruolo dell'infermiere e del rapporto con l'organizzazione”**, originato dalle **tensioni** tra il ruolo 'clinico' dell'infermiere e quello 'manageriale-gestionale' nelle organizzazioni in cui opera.

Tale dinamica è caratterizzata da tensioni e opposte tendenze:

1. da un lato, la prosecuzione del percorso di perfezionamento scientifico e specializzazione nella competenza clinica da tempo intrapreso dall'infermiere, che talvolta espone al rischio di un approccio riduzionista, ovvero di porre in essere competenze estensive – volte a ricoprire ambiti e spazi tradizionalmente ricoperti da altri professionisti, in primis il medico – a discapito dell'approfondimento di competenze che si orientano sull'espandere il versante disciplinare, quello che potremmo definire 'lo specifico infermieristico'

2. da un altro lato ancora, le esigenze economico-organizzative delle strutture sanitarie sempre più chiamate a controllare la propria spesa e – a tale scopo – a responsabilizzare gli operatori sanitari su modelli manageriali, competenze e procedure di tipo gestionale, spesso creano nuove posizioni e funzioni strettamente connesse a tali obiettivi (risk manager, case manager, quality auditor ecc.).

Alla confluenza di tali opposte tensioni, si ritrova il professionista infermiere, chiamato a dare senso alla propria attività, in particolare nella costante ridefinizione della relazione con gli altri operatori e con i pazienti stessi: qui sembra determinarsi l'esito di una ricerca di passaggio e di transizione – di non poco conto – tra l'essere meccanico elemento dell'autonomo funzionamento di una organizzazione-macchina ed essere, invece, professionista che scambia autonomia e responsabilità (Cavicchi, 2011) in un'organizzazione più attenta alle sue sostanziali finalità (“il sistema-curante”) e in una visione di ruolo che tende ad evolvere da funzioni di assistenza diretta a funzioni di coordinamento e di interconnessione dei processi di cura. Gli infermieri oggi sono infatti sempre più chiamati a fungere da 'tessuto connettivo' all'interno delle organizzazioni per le quali operano, ad essere garanti del percorso del paziente, ma spesso inconsapevolmente e in un contesto organizzativo che richiederebbe maggiore legittimazione e formalizzazione di tale funzione.

In aggiunta, *i bisogni di salute complessi* della persona assistita e degli utenti dei servizi sanitari - in uno scenario socio-sanitario come essere quello descritto all'inizio di questo intervento, richiedono in primis interconnessioni, funzioni di garanzia e di regia dei processi assistenziali che

purtroppo e molto spesso, ancora oggi, vengono 'delegati' al paziente stesso e alla famiglia. A riprova di tutto ciò, chiamiamo in causa un' altro importante esito della ricerca di ASI , ovvero che **l'attuale domanda di assistenza espressa dalle persone assistite e dal loro entourage risulterebbe eccedente rispetto alle risposte che la disciplina infermieristica fornisce o è in grado di fornire, in particolare per quanto riguarda gli aspetti relazionali ed educativi.**

In conclusione, occorre dunque rafforzare un'identità fondata sui nuovi saperi disciplinari, definiti a partire dalle peculiari esperienze di incontro con gli assistiti e dall'analisi di quell' 'eccedente' di richiesta che le persone portano all'attenzione dei professionisti, in un quadro delle competenze che deve mirare a recuperare sì uno specifico che ci consenta di non incorrere in un meccanismo di erosione disciplinare, (se non si riflette sufficientemente a fondo sul problema di cui una determinata disciplina si occupa, il rischio è che ci si sciolga, che ci si frammenti e che allora altre professionalità ci 'erodano' pezzi di identità disciplinare) ma che -allo stesso tempo-non chiuda la strada della complessità che gioca la sua partita nella gestione cooperativa delle competenze contendibili .

Ed è solo a partire dalla comprensione di come le persone vivono la salute e la malattia e delle necessità espresse, che è possibile delineare un percorso di risposta ai bisogni e definire quali professionalità dovrebbero essere spese in questo scenario.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Benner P. (1984) *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice.* Addison-Wesley: Menlo Park
- Carper B.A. (1978) Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances Nursing Science*, 1(1): 13-24.
- Cavicchi I. (2011) *Una filosofia per la medicina. Razionalità clinica tra attualità e ragionevolezza.* Bari: Edizioni Dedalo
- Manara D.F (2002) Il conflitto tra teoria e prassi nell'assistenza infermieristica. L'assistenza come saggezza pratica. *Nursing Oggi*, 3:16-28; 4:18-27.
- Manzoni E. (2013) *Cosa chiedono e cosa chiederanno i luoghi e le organizzazioni della salute? In Atti seminario dell'Accademia Scienze Infermieristiche "Di quali bisogni di salute si occupa l'infermiere?"* 18 aprile 2013, Milano.
- Polanyi M. (1958) *Personal Knowledge.* London: Routledge & Kegan Paul

Processo decisionale e pensiero critico nella gestione della terapia

P.O. Massa Marittima, Setting D/G

Miria Volpini (Infermiera esperta professional)

Stefania Romualdi (Responsabile infermieristico di area funzionale)

Domenico De Sando (Direttore AF Chirurgica)

Roberto Barni (Medico U.O. Chirurgia, facilitatore GRC)

Referente: miria.volpini@uslsudest.toscana.it

Il DM 739 del 94 è il pilastro fondatore della professione infermieristica , che definisce e sottolinea i diritti e i doveri della nostra professione , conosciuto da tutti come il Profilo Professionale , deriva da un processo di riforme che ha visto progredire e cambiare profondamente l'identità infermieristica nel corso degli anni 90 e in fase di cambiamento ancora oggi .

Ad oggi la parola infermiere rappresenta una interazione tra responsabilità e autonomia dove la persona è al centro del processo di assistenza, persona sempre più' informata che condivide i piani assistenziali, volta a ricevere cure di qualità' nell'ottica di una corretta allocazione delle risorse. Una delle responsabilità' tra le competenze è rappresentata dalla somministrazione dei farmaci. La terapia è una procedura ormai strettamente connessa alla figura infermieristica e non sottintende il mero atto della somministrazione del farmaco, ma identifica un processo molto più' complesso costituito da più' fasi di controllo che si trovano a monte e a valle dell'atto stesso della somministrazione. Di alcune fasi di questo processo, la responsabilità assoluta è del professionista infermiere come viene sottolineato nel Profilo Professionale.

Le fasi più' delicate e importanti sulle quali dover prestare un' attenzione particolare al fine di evitare il rischio di errore sono: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione e monitoraggio. Le Aziende Sanitarie si sono dotate di strumenti ed hanno acquisito metodologie di lavoro per impostare un trattamento terapeutico che risulti corretto e completo in tutti i suoi aspetti e che corrisponda a requisiti di sicurezza :

- Adozioni di procedure/protocolli aziendali codificati e condivisi tra gli operatori
- Elaborazione di un piano della sicurezza aziendale che consideri in maniera rilevante l'analisi degli errori in terapia e le azioni preventive da intraprendere
- Predisposizione di una lista di farmaci ad " alto rischio "
- Definizione di un piano della formazione del personale strutturato e specifico per la sicurezza dei farmaci
- Promozione di iniziative per favorire al comunicazione tra gli operatori sanitari
- Predisposizione di un protocollo sulle modalità' di comunicazione specifica degli eventi avversi
- Individuazione di percorsi diagnostico terapeutici
- Attenzione all'aspetto della sicurezza dei pazienti
- Definizione di misure di monitoraggio con le quali seguire la terapia si in termini di efficacia che di possibili effetti collaterali (ad esempio : livelli plasmatici del farmaco , indici di funzionalità' che possono essere modificati dalla terapia)
- Provvedere in modo continuativo al monitoraggio e valutazione dell'impiego corretto dei farmaci in relazione anche alla frequenza degli eventi avversi verificatisi .

Il Centro Regionale Toscano per la gestione del rischio clinico ha creato uno strumento per la soluzione dei problemi legati alla gestione della terapia: la STU (Scheda di terapia unica) Sottolineando quanto, dietro ad una semplice azione siano presenti processo decisionale e pensiero critico.

La scheda terapeutica unica è un ottimo strumento di comunicazione interna, che integra in un unico documento tutte le informazioni sul processo terapeutico delle persone ricoverate . Questa ci permette di far fronte ai problemi di comunicazione, prima causa degli errori di terapia (Leape et al 1998)

La STU è parte integrante della cartella clinica :

- facilita i medici ad effettuare la prescrizione scritta in modo chiaro ed evitare la prescrizione a voce
- evita passaggi di trascrizione tra la cartella clinica e la documentazione infermieristica cosicché gli infermieri impiegano la stessa scheda redatta dal medico per effettuare la somministrazione, risparmiando tempo ed errori di trascrizione

Il cambiamento nella nostra realtà' è nato dalla partecipazione ai corsi aziendali organizzati dal Rischio Clinico nei primi anni 2000; la formazione acquisita durante il corso ha sensibilizzato alcune figure infermieristiche, coinvolgendo successivamente altri colleghi. Il cambiamento non è stato indolore, tanto è stato fatto, per distaccare il medico dalla Cartella Medica e dargli un altro strumento di lavoro diverso.

Staccare l'Infermiere ed il medico dalle consuetudini, da routine codificate soprattutto, affermare che quello strumento usato, rispondeva a criteri di sicurezza, non è stato facile, anche se gli Infermieri durante una verifica sulle prescrizioni, avevano notato diversi errori di trascrizione.

La scheda terapeutica unica presentata all'inizio ha sconcertato ed è stata contestata in ogni sua parte, gli spazi, il formato, la legenda etc. La campagna d'informazione del gruppo regionale attraverso l'affissione nei luoghi di lavoro dei poster sulla STU, il coinvolgimento dei Direttori delle Strutture e dei Coordinatori dei reparti e la presenza costante dell'U.O Rischio Clinico della nostra Azienda ha facilitato il percorso e l'utilizzo di questo strumento. Un altro processo che ha implementato l'utilizzo della STU è stato l'accreditamento istituzionale. La Regione Toscana disciplina l'accreditamento con la legge regionale n.51 del 5/08/09 " norme in materia di qualità' e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento" e con una serie di disposizioni attuative (ex: regolamento n. 61/2010) che prevede un processo valutativo per il miglioramento del settore Al fine di garantire livelli base di sicurezza e qualità', sono stati definiti requisiti minimi per l'esercizio dell'attività' sanitaria .

La prima STU che abbiamo utilizzato nelle U.O era valida per 5 gg, successivamente, dopo vari incontri in ambito di Dipartimento Chirurgico si è passati alla STU giornaliera redatta in maniera artigianale e successivamente su indicazione del rischio clinico è stata adottata quella Regionale. Quella attuale è stata aggiornata, per la verifica della Commissione Regionale del 2013 .

Come si è detto il processo di cambiamento della gestione terapia è stato lungo e tortuoso ma il percorso intrapreso in questi anni ha portato alla maturazione degli operatori medici e infermieri; non si possono erogare risposte adeguate ai bisogni della persona se non vi è un coordinamento dei processi clinici e un'integrazione dei saperi e delle abilità di tutti gli operatori professionali .

La nostra professione è in continuo cambiamento, la nuova sfida sarà quella di utilizzare la scheda terapeutica unica informatizzata che permetterà di prevenire errori e raggiungere congruenza con le prescrizioni farmacologiche pari al 100%.

I vantaggi derivanti da questa razionalizzazione si prospettano da subito molteplici: responsabilizzare il medico nella prescrizione, responsabilizzare il professionista durante la somministrazione, agevolare l'Infermiere nella somministrazione, ridurre il rischio di somministrazioni errate .

Progetto ambulatorio continuità assistenziale per ferite di difficile guarigione con approccio olistico presso la casa della salute

Cure Primarie Zona 3 (Amiata Grossetana)

Irene Malinverno (Infermiera)

Simone Montani (infermiere)

Roberta Arezzini (Infermiera)

Lucia Rombai (Infermiera)

Barbara Moscatelli (Infermiera)

Jessica Caselli (Studente CdL Infermieristica)

Francesco Lazzi (Medico medicina Generale, coordinatore AFT, specialista di branca dermatologica)

Riferimenti: Simone Montani (simone.montani@uslsudest.toscana.it)

Lo scopo del nostro progetto è la realizzazione di un ambulatorio che possa rispondere ai bisogni di persone affette o a rischio per patologie riferite a ferite difficili di diversa origine (arteriosa, venosa, mista, diabetica, reumatologica, traumatologica) allo scopo di prendere in carico la persona e il contesto sociale dove vive, attraverso una valutazione globale e multispecialistica del singolo paziente. presso la Casa della Salute della zona Amiata grossetana

La punta di diamante di questo percorso di cura, è dare all'utente amiatino un punto di riferimento facilmente accessibile, accorciando le distanze tra Ambulatorio Infermieristico di Castel del Piano e gli ambulatori (ferite difficili, ambulatorio piede diabetico etc) centralizzati. Inoltre non meno importante, il confronto, non sempre facile, con tutti gli attori del percorso con particolare riferimento a tutti gli infermieri referenti ospedalieri e territoriali, che giornalmente e con non poche difficoltà si mettono in gioco per il bene della nostra utenza e dei loro familiari.

L'Ambulatorio infermieristico già attivato nella casa della salute della zona 3 Amiata si raccorda quando necessario con l'osservatorio sulle LDP e la struttura per la cura delle ferite difficili presente a livello aziendale come da procedura .

All'inizio dell' attività, l'obiettivo era quello di seguire il trattamento delle lesioni cutanee da pressione nelle persone che ,superata la fase del trattamento domiciliare, erano in grado di raggiungere la sede ambulatoriale. Oggi l'Ambulatorio infermieristico si pone l'obiettivo di:

- 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, nel rispetto delle indicazioni aziendali relativamente all'utilizzo dei presidi nel territorio,
- educazione e formazione alla famiglia/caregiver

Al fine di rispondere a questi aspetti si è provveduto a:

-attivare un percorso ambulatoriale per la presa in carico delle persone con lesioni di non facile guarigione in collaborazione con lo specialista ambulatoriale di dermatologia , con il MMG e in particolare con la supervisione del coordinatore dell'AFT

_elaborare protocolli di prevenzione e di trattamento delle lesioni cutanee;

-fornire la consulenza domiciliare per la loro corretta applicazione ai colleghi della zona 3 Amiata territoriale per rendere uniforme l'approccio al paziente con lesioni e per garantire la continuità delle cure presso l'ambulatorio dedicato;

-elaborare protocolli di prevenzione e di trattamento delle lesioni cutanee che coinvolgano l'assistito all'interno della propria famiglia ;

-attivare il servizio sociale la dove la valutazione del caso la richieda

-organizzare incontri seminari di confronto con i MMG, tramite il coordinatore di AFT e integrando il personale sia dell'ospedale che del territorio,

L'accesso all'ambulatorio è regolato attraverso apposite richieste compilate dei medici di medicina generale, di medici specialisti territoriali o specialisti ospedalieri.

Dopo una indispensabile e preliminare valutazione delle cause che hanno prodotto e mantengono la lesione , si effettua valutazione attraverso scale e una serie di accertamenti clinici, strumentali e laboratoristici al fine di attuare un **piano e trattamento terapeutico personalizzato**, che può avvalersi sia di terapie mediche (medicazioni semplici, medicazioni avanzate, terapia farmacologica) che chirurgiche (escarectomie e pulizie chirurgiche,)

La gestione delle ferite di difficile guarigione è una problematica rilevante, che incide sia sulla spesa sanitaria e sociale sia sulla qualità di vita del paziente.

La presa in carico del paziente avverrà in giorni e orari stabiliti e i controlli saranno pianificati di volta in volta

La conduzione dell'ambulatorio è infermieristica, si realizza con il supporto del Medico specialista in dermatologia presente il lunedì pomeriggio e il martedì mattina e pomeriggio (fisicamente operativo presso l'ambulatorio attiguo) solo per eventuali situazioni complesse che esulano dalla normale routine, anche perchè sono sempre presenti nella casa della salute i MMG

L'attività verrà monitorata attraverso indicatori di esito da identificare per ogni caso grazie agli incontri che l'equipe medico-infermieristica organizzerà con cadenza periodica e con puntuale valutazione e discussione sui casi trattati e sui nuovi casi .

L'endpoint della cura delle ferite difficili 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.

Dialisi domiciliare : opportunità e vantaggi riabilitativi

Riferimenti: Maria Grazia Pernici

Inf. Coordinatore U.O.C. Nefrologia e Dialisi , Ospedale S. Donato di Arezzo .
(mariagrazia.pernici@uslsudest.toscana.it)

La Dialisi è un trattamento che sostituisce completamente la funzione renale, esistono due metodiche dialitiche , la Dialisi Peritoneale (DP) e l'Emodialisi extracorporea (HD).

La DP è una tecnica che sfrutta le capacità di filtrazione della membrana peritoneale.

Attraverso un catetere inserito in addome si infondono circa 2 litri di soluzione nella pancia , questo liquido ipertonico a contatto con la membrana peritoneale , richiama liquidi dal sangue e viene mantenuto in addome per un tempo variabile , poi scaricato eliminando così liquidi in eccesso e sostanze tossiche .

La manovra di carico e scarico dei liquidi in addome viene ripetuta più volte al giorno, questo trattamento lo esegue il paziente o il suo caregiver al domicilio, dopo aver effettuato un periodo di addestramento in ospedale.

L'Emodialisi (HD) è una tecnica extracorporea, il sangue del paziente viene depurato passando ad alti flussi attraverso un filtro capillare detto " *rene artificiale*", montato su di un monitor apposito.

Il prelievo di sangue del paziente viene effettuato attraverso l'utilizzo di un accesso vascolare realizzato chirurgicamente ; in base al patrimonio vascolare del paziente si può scegliere di realizzare uno dei seguenti accessi : il Catetere Venoso Centrale per dialisi (CVC) o la Fistola Artero Venosa (FAV).

In ogni caso il sangue deve circolare velocemente attraverso il filtro e ritornare al paziente depurato e disidratato .

Il trattamento si svolge in ospedale in regime ambulatoriale, dura circa 4 ore e deve essere ripetuto 3 volte alla settimana per tutta la vita (unica alternativa è il trapianto di rene).

Dal 2013 abbiamo ampliato l'offerta dialitica adottando un programma di Emodialisi Domiciliare (HDD), la tecnica è piuttosto complessa e poco diffusa, ma grazie ad un monitor di recentissima generazione è stata semplificata , tuttavia non è adatta a tutti i pazienti ed è fondamentale la presenza di un partner che superi brillantemente il periodo di addestramento previsto nel nostro centro .

Questa tecnica ha ritrovato un nuovo interesse grazie al Sistema NxStage One , questa metodologia commercializzata da Spindial, prevede l'utilizzo di un monitor portatile progettato appositamente per l'utilizzo domiciliare, richiede un numero di trattamenti settimanali superiore alla tecnica ospedaliera (5 o 6 trattamenti) ma di durata inferiore (2,30 ore circa) .

Il Sistema NxStage One non richiede speciali infrastrutture domestiche e può essere utilizzato quando e dove preferisce il paziente.

La nostra U.O.C. Di Nefrologia e Dialisi di Arezzo ha acquisito il Sistema NxStage al fine di favorire l'utilizzo del tempo libero dei pazienti dializzati e ottimizzare la gestione delle risorse , dal mese di Agosto 2013 abbiamo avviato un programma di deospedalizzazione dei trattamenti dialitici rivolto a pazienti e caregiver opportunamente selezionati e adeguatamente addestrati dal nostro personale sanitario.

Attualmente sono stati inseriti in HDD n° 10 pazienti.

L'iniziativa ha apportato notevoli benefici sia in termini clinici che in termini di miglioramento della qualità di vita .

Tutti i pazienti vengono sottoposti a controlli ematici bimestrali con successiva visita medica , per valutare lo stato metabolico e l'efficienza dialitica .

L'efficacia della singola seduta giornaliera e la funzionalità dell'accesso vascolare viene valutata mensilmente attraverso la *scheda di gestione della seduta* , compilata dal paziente ed inviata al nostro centro dialisi .

Tutti i pazienti e i rispettivi caregiver hanno effettuato un corso di simulazione integrativo al programma di addestramento su BLS e gestione delle complicanze emodialitiche .

Per garantire la tutela dei pazienti al proprio domicilio , avvisiamo l'emergenza territoriale ogni volta che un nuovo paziente inizia il programma di dialisi.

Abbiamo somministrato a tutti i pazienti un questionario di gradimento che ha confermato l'efficacia del trattamento ed i vantaggi derivati dalla maggior disponibilità di tempo libero e della possibilità di gestire autonomamente la propria vita .

Il monitor facilmente trasportabile permette ai pazienti di viaggiare e poter usufruire di periodi di vacanze senza preoccuparsi di programmare la dialisi presso strutture ospedaliere.

Tutti coloro che fanno dialisi in ospedale rinunciano alle ferie o sono costretti a programmarle con largo anticipo ed esclusivamente nelle località dove trovano posto nei centri dialisi.

I trattamenti dialitici domiciliari rispetto alla emodialisi ospedaliera garantiscono maggiore libertà di movimento, autonomia gestionale e recupero dell' autostima del paziente, inoltre permettono ai familiari di condividere e comprendere le problematiche che comporta la condizione di malato cronico sviluppando maggiore consapevolezza della malattia .

Fattibilità e sostenibilità della pianificazione assistenziale standard

P.O. Castel Del Piano Setting L-M-O

Marta Fazzi (infermiera)

Simona Cambioni (Infermiera esperta Professional)

Anna Pia Netti (infermiera)

Sandra Merlini (Infermiera)

Rita Vichi (Infermiera)

Riferimenti: Simona Cambioni (simona.cambioni@uslsudest.toscana.it)

Il progetto della Pianificazione Assistenziale Standard ha inizio già da qualche anno, infatti già a partire dal 2011 abbiamo intrapreso un percorso di formazione mirata che ci ha visto impegnati ad affrontare argomenti come l'integrazione multiprofessionale, la formulazione delle Diagnosi Infermieristiche, il concetto di tutor clinico e tutor assistenziale, la qualità e i clinical pathways, la tassonomia Nanda Noc e Nic, fino ad arrivare allo skill mix e all'infermieristica forense.

Sostenuti da questa consistente formazione siamo stati inoltre fortemente spinti e indirizzati a questo progetto dalla direzione aziendale che attraverso il documento condiviso del "Manuale della presa in carico", ci ricorda quali sono le principali funzioni dell'infermiere tutor, e prima tra tutte c'è questa: "elabora, garantisce, condivide con i colleghi, verifica il piano di assistenza di cui è diretto responsabile"

La stesura dei piani standard si è realizzata in 2 step:

- il primo step ha visto il coinvolgimento di 4 unità dell'area medica: l'inf. coordinatore, l'inf. esperto DS professional e 2 inf. clinici. Durante questa prima fase è stato svolto uno studio retrospettivo osservazionale che ci ha impegnati a individuare i DRG di tutti i ricoveri del 2013 dell'area medica. Successivamente sono state esaminate le cartelle relative ai DRG più frequenti per identificare le Diagnosi Infermieristiche e gli interventi infermieristici maggiormente utilizzati per l'assistenza.
- Al secondo step invece ha partecipato tutto il gruppo assistenziale di infermieri e oss, distribuiti in 4 gruppi capitanati ciascuno da uno dei componenti del primo step; in questa seconda fase sono stati elaborati e condivisi i piani standard con l'utilizzo delle tassonomie NNN; lavoro non semplice anche perchè, non sostenuti dalla possibilità di utilizzare una piattaforma informatizzata, avevamo la necessità di non tralasciare i contenuti, ma di rendere il processo il più snello possibile in modo che l'infermiere avesse la possibilità di non scrivere troppo.

Proprio per questo la direzione infermieristica aziendale ci ha sostenuto consigliando un format unico per il piano di assistenza, che prevede la DI con la sua definizione e i possibili fattori correlati e le caratteristiche definenti, poi la parte dedicata alla valutazione degli obiettivi all'ingresso, in itinere dove necessario e alla dimissione, la parte dedicata alla pianificazione degli interventi distribuiti nei vari turni di lavoro ed infine la parte dedicata alla registrazione delle attività svolte, sia prettamente infermieristiche sia quelle attribuibili all'OSS.

Una volta implementato il processo della pianificazione standard abbiamo sentito la necessità di capire se il processo stesso venisse messo in essere e in che modo e soprattutto capire se qualcosa stia cambiando in termini di esiti. Per cui abbiamo creato una griglia di raccolta dati che ci permette di monitorare l'andamento del processo stesso. Si tratta di uno strumento di controllo per valutare la sostenibilità e la fattibilità della pianificazione assistenziale standard; uno strumento che permette anche all'IC il controllo e il monitoraggio della reale distribuzione della presa in carico dei pazienti su tutto il gruppo infermieri, anche perchè se inizialmente i casi venivano attribuiti dall'IC, adesso che il gruppo è maturato, seguendo le indicazioni del manuale aziendale, l'attribuzione dei casi viene gestita in modo autonomo dagli infermieri stessi che hanno acquisito la conoscenza dei vari criteri per farlo. È sicuramente uno strumento in divenire, in continuo aggiornamento, dinamico, un raccoglitore di dati infermieristici che oltre ad essere utilizzati oggi per monitorare la fattibilità e la sostenibilità della pianificazione assistenziale, potrebbe servire un domani per ricerche maggiori.

Gli altri progetti presentati

"See & Treat - L'esperienza nel DEA di Grosseto"

Relatore Infermiere Francesco Ronchese, P.O Misericordia (GR)

"Opuscolo Informativo-guida per i caregiver degli assistiti con delirium post-operatorio"

Relatore Inf.Tutor CDL sez. Di Grosseto Fulvia Marini- Ginanneschi Federico

"Simulazione pediatrica-DEA Misericordia-sezione pediatrica"

Relatore Infermiere DEA Area pediatrica Francesco Castorina, Grosseto

"L'accoglienza in area medica: il percorso da PS a reparto"

Relatore Infermiera Tonia Luongo - U.A. Media Intensità medica – Ospedale Campostaggia (SI)

"Rete competenze infermieristiche per i soggetti in nutrizione artificiale."

Mariella Taccioli, Responsabile Sezione Ambulatoriale Domiciliare Residenziale-Area Infermieristica Territoriale - Azienda USL Toscana Sud Est-sede operativa di Siena -

Relatori Infermieri Marco Matassa e Giaginto Sgarra

"Colloquio infermieristico con il paziente che deve sottoporsi ad intervento chirurgico: Risultati"

relatore Riaf Carol Maddaluni, Area chirurgica P.O. Misericordia (GR)

"Il percorso assistenziale lesioni cutanee Azienda USL Toscana sud est "

Relatore Sara Sandroni Infermiere esperto Responsabile P.O. Coordinamento percorsi assistenziali territoriali aziendali -Arezzo

"Il percorso del prelievo ematico nei minori e nei soggetti fragili"- cure primarie"

Relatore IC Ciuffoletti Lucia Castel del Piano-(GR)