Organizzazione delle degenze ospedaliere degli ospedali di prossimità secondo il modello dell'intensità di cure e complessità assistenziale, area chirurgica/ginecologica ospedale di Bentivoglio

Maria Cristina Berti, Francesco Casulli, Giuliana Fabbri, Mirella Gubbelini, Oscar Visani

Parole chiave

Complessità assistenziale, integrazione professionale

Premessa

Nel piano strategico attuativo 2010-2012 dell'Azienda USL di Bologna è presente l'evoluzione verso modelli organizzativi emergenti e correlati assetti infrastrutturali.

Le condizioni che possono influenzare l'evoluzione verso modelli organizzativi emergenti e correlati assetti infrastrutturali dipendono dalla vocazione della rete d'offerta, dalla suddivisione dei ruoli e delle missioni dei vari Attori.

Questo porta alla ridefinizione dei compiti della filiera di cura, orientata verso nuovi modelli di assistenza ospedaliera e territoriale capaci di indirizzare i servizi verso i bisogni degli utenti, valorizzando l'evoluzione dei profili professionali e nell'ottica complessiva della sostenibilità economica.

Il modello di assistenza ospedaliera per intensità di cure/complessità assistenziale, porterà al superamento dell'attuale modalità organizzativa e allo sviluppo dei *consultant* clinici, nell'idea che il futuro è nella differenziazione e solidità delle competenze più che nella proprietà delle risorse ospedaliere.

La scelta strategica di intraprendere/sperimentare nuove modalità organizzative e gestionali negli ospedali *"spoke"* dell'Azienda, nasce dalla volontà di ridefinire le modalità di risposta sanitaria ai bisogni emergenti dei cittadini, tenendo conto della limitatezza delle risorse, ma anche della

imprescindibile necessità di sostenere il valore della centralità dell'assistito e dell'equità distributiva insieme all'appropriatezza clinico-assistenziale, all'approccio proattivo al risk management, alla valorizzazione delle competenze professionali.

Obiettivi:

Gli obiettivi da raggiungere in un'ottica complessiva sono quelli di ottimizzare l'utilizzo dei posti letto, di evitare aree di sottoutilizzo e di inefficienza, di omogeneizzare i carichi di lavoro, di implementare e approfondire le competenze infermieristiche specifiche correlandole all'organizzazione degenziale per gruppi omogenei di pazienti secondo il livello di complessità e alla verifica costante del rischio assistenziale.

Sono inoltre obiettivi da raggiungere:

1)porre al centro dell'offerta di cure h24 il bisogno della persona ed articolare di conseguenza i perimetri delle aree di alta-media e bassa complessità

3) favorire l'appropriatezza organizzativo-gestionale e clinico –assistenziale attraverso la costruzione di percorsi e strumenti standardizzati

4) promuovere lo sviluppo professionale attraverso la valorizzazione e la crescita delle competenze

Elementi fondanti del modello organizzativo per complessità assistenziale

- Centralità dei bisogni della persona assistita
- Appropriatezza organizzativo-gestionale e clinico-assistenziale
- Flessibilità organizzativa
- Valorizzazione dei professionisti
- Integrazione professionale.

Contesto Organizzativo :

MISSION DELIE U.U.O.O. CHIRURGIA e GINECOLOGIA DI BENTIVOGLIO

La mission delle Unità Operative di Chirurgia e Ginecologia consiste nell'assicurare assistenza ospedaliera dei pazienti affetti da patologie di pertinenza della specialità di chirurgia generale e ginecologia in regime di ricovero ordinario, programmato e di urgenza , di regime diurno ed ambulatoriali.

Tale assistenza è rivolta a favore di tutti i cittadini che liberamente ne facciano richiesta, in particolare modo di quelli residenti nella area metropolitana bolognese.

Particolare importanza, nell'esercizio della professionalità propria di tutte le componenti delle Unità Operative, riveste l'aggiornamento professionale continuo con il miglioramento delle prestazioni e la ricerca dell'efficienza operativa attraverso un uso appropriato delle risorse assistenziali ed il pieno utilizzo delle capacità produttive.

Dati di attività di degenza

Tabella .1

Posti letto

Anno 2011

Chirurgia generale	28 P.L.
Ginecologia	10 P.L.
DH Chirurgia	2 P.L.
DH Ginecologia	1 P.L
Totale	**41 P.L.**

Tabella .2

Indicatori di attività degenza ordinaria

Anno 2011

UO	GINECOLOGIA	CHIRURGIA
Posti Letto	10	28
N°. Ricoveri	505	1132
Tasso Occupazione	72,6	78,5
Degenza Media	4,93	6.62

Tabella 3

Dati di attività degenza diurna

Anno 2011

2011	Posti Letto	Accessi
DH Chirurgico	2	271
DH Ginecologico	1	390
Totale	3	661

Tabella 4

Attività di sala operatoria

	sala1 urgenza	sala 2	sala3	sala4 ortopedia	totale ore di sala	
lunedì		chirurgia 8,00/14,00	chirurgia 8,00/14,00	8,00/16,00	20 ore	
martedì		chirurgia 8,00/18,00 (hipec)	chirurgia 8,00/14,00	8,00/14,00	22 ore con hipec programmata	
mercoledì		chirurgia 8,00/16,00	ginecologia 8,00/14,00	8,00/14,00	20 ore	
giovedì		chirurgia 8,00/14,00	chirurgia/ ortopedia 8,00/14,00	8,00/16,00	20 ore	
venerdì		chirurgia 8,00/14,00	ginecologia 8,00/16,00	8,00/14,00	20 ore	totale 102 or
sabato	urgenze h 24	urgenze h 24	urgenze h 24	urgenze h 24		
domenica	urgenze h 24	urgenze h 24	urgenze h 24	urgenze h 24		
sala 1 dalle 8,00 alle 14,00 libera per urgenze ostetriche, dalle 14,00 utilizzata per urgenze						

Riconfigurazione strutturale area chirurgica-ginecologica

I dati sul case mix dei pazienti e l'analisi degli spazi presenti hanno portato a definire una riconfigurazione con il seguente dimensionamento:

- concentrazione della degenza ordinaria di chirugia generale e ginecologia nell'attuale contenitore della chirurgia a 34 posti letto (con la possibilità di arrivare a 37 posti letto).
- dislocazione delle attività urgenti eseguite nella sala NORA (es.revisioni urgenti) nei blocchi operatori
- raggruppamento delle attività ambulatoriali (isteroscopie diagnostiche, piccoli interventi) in un'area dedicata esterna all'U.O.
- mantenimento dell'attività di Pronto Soccorso ginecologico e ostetrico negli spazi precedenti

Punti forza del progetto

Organizzazione delle degenze ordinarie dell'area chirurgico-ginecologica dell'ospedale di Bentivoglio secondo il criterio dell'Intensità di cure e Complessità Assistenziale con:

- Miglioramento dell'appropriatezza organizzativo – gestionale
- Flessibilità nell'utilizzo delle risorse
- Valorizzazione dei professionisti

Graduare l'intensità di cura/assistenza per ogni paziente significa rispondere in modo differenziato al livello di instabilità clinica e di complessità assistenziale, articolando su ogni livello le professionalità dedicate, le competenze e le tecnologie/presidi sanitari.

Per valutare in maniera appropriata la situazione clinico assistenziale dei pazienti diventa essenziale definire la gravità della patologia e la correlata instabilità clinica, oltre che la tipologia dei bisogni da soddisfare e la correlata complessità delle cure infermieristiche. Sono tutti aspetti che comportano una stretta collaborazione tra professionisti (effettuazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche), la definizione degli obiettivi assistenziali da raggiungere, la pianificazione ed effettuazione del processo assistenziale (risposta ai bisogni direttamente o attraverso il demando

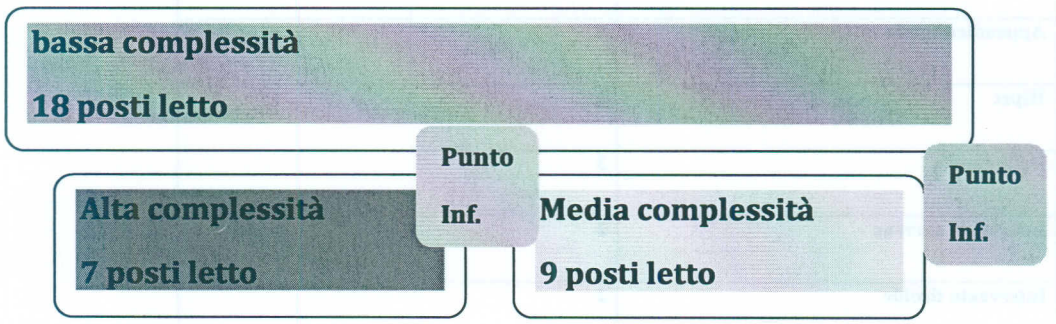
supervisionato agli OSS con definizione della tipologia delle procedure, del tempo e della tecnologia/presidi necessari) e la verifica dei risultati di percorso e di risultato.

Partendo da tali premesse, la risposta clinico assistenziale e quindi del sistema non può che essere graduata e strutturata in setting resi diversi per livello di intensità/complessità, per composizione del personale assegnato e per tipologia di tecnologie e presidi.

Ne consegue che è importante prestare attenzione alla progettazione di supporti che facilitino l'integrazione e la comunicazione interprofessionale, la collaborazione tra professionisti e la massima integrazione

Modello: **attivazione aree di complessità assistenziale omogenee**

Le aree **sono così caratterizzate: Alta complessità: camera n° 1 , 2 e 3 (con tre e due posti letto ciascuna)- Media complessità: camera n° 4-5-6 (con nove posti letto) - Bassa complessità (18 posti letto) -Dalla camera n.7 alla camera n.12 (9 + 9 pz)**



Scheda individuazione area di intensità di cura/complessità assistenziale

INTERVENTO	AREA
Colectomia totale	3
Miles	3
Duodenocefalo.	3
Epatectomia	3
Gastrectomia parz/tot	3
Resezione ant. retto	3
Emi.dx/sin	3
Colecistectomia laparotomica	1
Colecistectomia v.l.	1
Ernioplastica	1
Laparocele	2
Varicectomia	1
Cisti pilonidale/coccigea	1
Emorroidectomia	1
Fistolectomia	1
Appendicectomia	1
Hipec	1
Nefrectomia	3
Intervento surrene	2
Intervento tiroide	2
Laparoscopie diagnostiche	2
Chirurgia bariatrica	In sperimentazione
Annesectomia (laparoscopiche o laparotomiche)	1-2
Colpoisterectomia	2
isteroscopia	1

Conizzazione	**1**
Vulvectomie	**1**
Laparo-isterectomia radicale o semplice	**2-3***
Laparoscopia Ginecologica	**1-2****
Revisione cavità / IVG	**1**

Legenda:

alta complessità 3 media complessità 2 bassa complessità 1

Tempi minimi di permanenza in area di alta intensità di cura in relazione alla tipologia di intervento chirurgico.

Tipologia di intervento chirurgico	**24 ore**	**48 ore**	**72 ore**
Colectomia totale			*
Colectomia sec. Miles			*
Duodenocefalopancreasectomia			*
Epatectomia maggiore			*
Emicolectomia dx/sx	*		
Gastrectomia parziale/ totale			*
Nefrectomia parziale		*	
Nefrectomia totale			*
Resezione anteriore del retto		*	
Hipec			*

Modalità di gestione dei ricoveri in relazione alla tipologia di intervento chirurgico

HIPEC

Ricovero in Bassa complessità ⇒ S.O ⇒ TIPO ⇒ rientro in alta complessità ⇒ poi trasferito in media- complessità (dalla sesta giornata post operatoria ,circa)

INTERVENTI DI CHIRURGIA MAGGIORE **(Duodenocefalopancreasectomia, emicolectomia , colectomia totale e parziale, splenectomia, nefrectomia, gastrectomia, epatectomia)**

Ricovero in Alta complessità ⇒ S. O ⇒ rientro in alta complessità ⇒ poi trasferito in media complessità (dalla terza giornata post operatoria ,circa)

INTERVENTI DI CHIRURGIA MINORE

(Cvl ,appendicectomia,ernie inguinali,cisti pilonidali, fistole anali emorroidectomia, varici)

Ricovero e degenza in media e bassa complessità

COLECISTECTOMIA LAPAROTOMICA E PLASTICA DI LAPAROCELE

Ricovero e degenza in bassa complessità

LAPAROSCOPIE DIAGNOSTICHE

Ricovero e degenza in media complessità

***I pz in studio se non hanno patologie importanti si collocano in media- bassa complessità in attesa di decisioni.**

*** Tutte urgenze chirurgiche devono essere collocate in alta o media complessità.**

***Laparoisterectomia: ricovero e degenza in media complessità; se l'intervento è radicale ricovero in alta complessità per le prime 48 ore.**

****Laparoscopia ginecologica: se è diagnostica ricovero in bassa complessità, se è operativa ricovero in media.**

Miomectomia (laparoscopia o laparotomia), in linea genrale è bassa complessità

Annesectomia (laparotomia o laparoscopia), in linea generale bassa complessità.

Vulvectomie, idem come sopra.

Risorse umane e modello assistenziale

L'infermiere si distingue all'interno dell'equipe multi professionale in relazione alla capacità/competenza di rilevare, analizzare, pianificare ed effettuare/verificare i processi assistenziali. Tale capacità/competenza diventa molto rilevante anche per definire cosa demandare ad altri operatori pur mantenendo la titolarità del processo assistenziale. Il modello della complessità assistenziale, ruota sull'idea che l'assistenza infermieristica sia un processo di presa in carico della persona basato sul coinvolgimento/interrelazione con l'assistito e i suoi care giver e sull' integrazione con i medici, le altre professionalità sanitarie e il personale di supporto.

Tale concettualizzazione orienta ad una diversa organizzazione assistenziale con valorizzazione delle competenze autonome e integrate delle diverse professionalità, un appropriato utilizzo delle risorse umane e la predisposizione/mantenimento di una elevata personalizzazione nella risposta clinico assistenziale.

Le risorse umane dell'U.A. di Chirurgia/ Ginecologia impegnate nell'assistenza, sono costituite da infermieri e operatori di supporto. Il modello organizzativo è impostato sulla centralità del paziente e sui suoi bisogni, i rapporti tra i professionisti sono integrati.

Il coordinatore infermieristico svolge prevalentemente funzioni di bed management, pianificazione e controllo; il modello di presa di decisioni è legato ai meccanismi operativi definiti a livello aziendale (pianificazione della turnistica, orario di lavoro, procedure assistenziali, protocolli ecc..).

E' inoltre rilevante il suo impegno nella promozione dell'autonomia/responsabilità professionale dei collaboratori e nel sostegno al progetto innovativo.

Il nuovo funzionigramma e relative modalità operative con presa in carico e gestione di gruppi di pazienti, verrà rivisitato e implementato dal gruppo di lavoro composto dal gruppo infermieristico, sia di provenienza chirurgica che ginecologica.

Il modello organizzativo si impianta in un sub-strato che già prevedeva modalità di gestione assistenziale per livello di complessità da novembre 2011, quindi occorre omogeneizzare i processi assistenziali ed inserire il gruppo infermieristico proveniente dalla ginecologia.

Il piano formativo prevede attività on work già in essere e momenti in aula che sono stati così definiti nel dossier formativo:

1) pianificazione tratta dal Dossier formativo del Dipartimento Chirurgico

Rimodellizzazione ospedali per intensità di cura e complessità assistenziale

Categoria competenze	**competenza**	**obiettivi**	**contenuti**	**metodologia**
Organizzativo gestionale e di sistema	Acquisire conoscenze e abilità per realizzare modifiche nel modello organizzativo di erogazione della cura	Comprendere e progettare il dipartimento chirurgico per intensità di cura	a)nuove modalità di gestione delle degenze ospedaliere b)acquisizione del modello proposto	4 incontri di 4 ore, 20 ore di gruppo di miglioramento, 5 ore di approfondimento individuale con tutor

Sviluppare un metodo personalizzato di accoglienza della persona, del paziente e della famiglia

Categoria competenze	**competenza**	**obiettivi**	**contenuti**	**metodologia**
Tecnico specifiche	Essere in grado di valutare e classificare i paz. In base al gradodi complessità assistenziale	Fare acquisire Conoscenze teoriche relative ai criteri di ammissione del paziente	Criteri di ammissione del pz.: regime a bassa intensità/ complessità di cure; regime a media intensità/ complessità di cure; regime ad alta intensità/ complessità di cure Valutazione criteri di ammissione al programma e idoneità del paziente	1) autoapprendimento con tutor 2) formazione interattiva (formazione teorica role playing simulazioni e analisi di casi 3) gruppo di miglioramento
Organizzativo gestionale e di sistema	Essere in grado di allocare congruentemente i pazienti nelle aree a differente complessità	Sviluppare conoscenze legate all'organizzazione: spazi, tempi, personale dedicato o disponibile, documento a supporto, protocolli, responsabilità, utilizzo dei sistemi informatici dedicati	Assetto organizzativo, protocolli e procedure, documentazione a supporto della gestione operativa e organizzativa	idem
Relazionali e comunicative	Essere in grado di fornire al pz/ famigliari le informazioni preliminari rispetto alla presa in carico (opuscoli informativi, carta dei servizi, etc.)	Sviluppare conoscenze legate alle modalità di comunicazione efficace con il paziente. Sviluppare abilità pratiche nella gestione dei colloqui con il paz. E i care giver.	La comunicazione con il paz. E con i familiari (teorie strumenti e metodi) La costruzione e somministrazione di materiale informativo	idem

Proposta riorganizzativa

Organico precedente, posizioni infermieristiche, di supporto **verso** organizzazione attuale

Presenze Infermieristiche + personale di supporto	**Mattino**	**Pomeriggio**	**Notte**	**Totale personale**
Infermieri	**5 (lunedì - venerdì)** **4 (sabato domenica)**	**3**	**2**	**21 di cui 2 part-time (+ 2 gravidanze)**
Personale di supporto	**2**	**2**	**0**	**6**

Presenze Infermieristiche + personale di supporto	**Mattino**	**Pomeriggio**	**Notte**	**Totale personale**
Infermieri	**5**	**4**	**3**	**27 di cui 2 part-time + 3 gravidanze**
Personale di supporto	**2 + 1 con limitazione**	**2 + 1 con limitazione (lunedì-venerdì)** **2 (sabato domenica)**	**0**	**8 di cui 2 con limitazione**

La tipologia dell'orario di lavoro prevede una rotazione sulle 24 ore di 15 turnisti Infermieri e 6 operatori sulle 12 ore (diurnisti) Infermieri e Personale di supporto di cui 2 part-time.

La rotazione avviene su 5 giorni (pomeriggio, mattina, notte, smonto-notte e riposo)

Gantt

Responsabili :Responsabile SATeR Dipartimento chirurgico, Responsabile SATeR Dipartimento materno-infantile, Facilitatore SATeR Ospedale di Bentivoglio	**tempi**								
Riorganizzazione chirurgia/ginecologiaOspedale Bentivoglio	Set-12	Ott-12	Nov-12	Dic 12	Gen-13	Feb 13	Mar 13	Apr 13	Mag 13
Costituzione gruppo di progetto									
Analisi dati									
Riunioni gruppo di progetto e gruppo professionale U.O.									
Predisposizione modello organizzativo									
formazione									
Costruzione schede di valutazione									
Percorsi paziente									
Sperimentazione nuovo modello									
Raccolta dati indicatori									

Attività avviata Attività da realizzare

Strumenti e metodi:

- Adozione schede di valutazione pre-ricovero e schede di trasferimento tra aree a diversa complessità, già in uso nell'area chirurgica di San Giovanni in Persiceto
- Attuazione del modello assistenziale "team care "
- Promozione di un'attività di *coaching* verso il gruppo al fine di sostenere il cambiamento importante che si realizzerà attraverso incontri multiprofessionali,.

Indicatori di verifica

Si individuano i seguenti indicatori di processo da rilevare attraverso i report forniti dai flussi informativi o dal servizio tecnologie informatiche.

- Tasso di occupazione dei posti letto ->SDO- valore negoziato in budget
- Degenza media ->SDO- valore negoziato in budget
- Numero dei ricoveri ripetuti 0-30 g. ->SDO- valore inferiore rispetto al pregresso-
- Numero di dimissioni protette ->SDO- valore superiore rispetto al pregresso-

Indicatore di processo della gestione del rischio peri-operatorio

% di Check-list compilate correttamente [(N° schede compilate correttamente/tot pazienti sottoposti ad intervento chirurgico)

Indicatore di processo dei meccanismi operativi

- **Tempi medi effettivi di permanenza in alta** (tot gg di permanenza in alta complessità/tot dei pazienti di alta complessità)

% schede di valutazione dei parametri per il trasferimento in media complessità di cura compilate correttamente

Indicatori di esito del processo assistenziale infermieristico - medico

- **% pz di alta complessità di cura che hanno mantenuto una VAS<3** [N° pz di alta complessità di cura con Vas< 3/totale pz di alta complessità di cura che hanno eseguito un intervento chirurgico)

- **% pz diabetici di alta complessità di cura che hanno mantenuto livelli di glicemia stabili,** ossia a digiuno < 120 md/dl [(N pz diabetici di alta complessità di cura che mantengono livelli stabili di glicemia/ tot pz diabetici di alta complessità di cura) *100]

- **% deiescenza della ferita post operatoria nei pz di alta complessità di cura** [(N pz di alta complessità di cura con deiscenza della ferita post operatoria/ totale pz di alta complessità di cura che hanno eseguito un intervento chirurgico) *100]
- **% sepsi post operatoria = 0%**

Risultati attesi:

1. Porre al centro dell'offerta di cure H24 il bisogno della persona ed articolare, 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 multiprofessionale
3. Favorire l'appropriatezza organizzativo-gestionale e clinico-assistenziale anche avvalendosi di strumenti standardizzati
4. Qualificare i presidi ospedalieri dell'area SPOKE nel contesto aziendale

Aspetti innovativi della metodologia utilizzata:

1.ridefinizione dei percorsi clinico-assistenziale per processi omogenei

2. definizione quali-quantitativa delle figure assistenziali in base al livello di complessità dei degenti

Allegati:

1 scheda di valutazione pre-ricovero
2 scheda di trasferimento tra le aree a diversa complessità
3 flow-chart percorso linea programmata interventi chirurgia-ginecologia

Allegato 1

Scheda di valutazione pre-ricovero

A) **INTERVENTO CHIRURGICO**

INTERVENTO	AREA
Colectomia totale	3
Miles	3
Duodenocefalo.	3
Epatectomia	3
Gastrectomia parz/tot	3
Resezione ant. retto	3
Emi.dx/sin	2
Colecistectomia laparo.	1
Colecistectomia v.l.	1
Ernioplastica	1
Laparocele	2
Varicectomia	1
Cisti pilonidale/coccigea	1
Emorroidectomia	1
Fistolectomia	1
Appendicectomia	1
Hipec	1
Nefrectomia	3
Intervento surrene	2

Intervento tiroide	**2**
Laparoscopie diagnostiche	**2**
Annesectomia (laparoscopiche o laparotomiche)	**1-2**
Colpoisterectomia	**2**
isteroscopia	**1**
Conizzazione	**1**
Vulvectomie	**1**
Laparo-isterectomia radicale o semplice	**2-3***
Laparoscopia Ginecologica	**1-2****
Revisione cavità / IVG	**1**

B) CONDIZIONE DI SALUTE/MALATTIA CONCOMITANTE

A.S.A

1	**2**	**3**	**4**

C) GRADO DI AUTONOMIA DELLA PERSONA NELLE VARIE ATTIVITA'

Funzioni esaminate	Indipendente	Necessita di aiuto	Tot. dipendente
1) Mangiare	0	1	2
2) Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare	0	1	2
3) Eseguire la toilette personale (viso)	0	1	2
4) Sedersi sul W.C (e igiene intima)	0	1	2
5) Fare il bagno	0	1	2
6) Camminare sul piano (o spingere la sedia a rotelle)	0	1	2
7) Vestirsi	0	1	2
8) Controllare la minzione	0	1	2
9) Controllare la defecazione	0	1	2
10) salire e scendere le scale	0	1	2

Totale	

Interpretazione del totale

- tot. 0 = grado 0: Indipendente
- tot. da 1 a 12 = grado 1: necessita di aiuto
- tot. da 13 a 20 = grado 2: dipendente

Persiceto Score ---

A + B + C	**da 1 a 3**	**BASSA COMPLESSITA'**	☐
A + B + C	**da 4 a 6**	**MEDIA COMPLESSITA'**	☐
A + B + C	**da 7 a 9**	**ALTA COMPLESSITA'**	☐

Allegato 2

Scheda di valutazione dei parametri per il trasferimento in media/bassa complessità.

Nome _____Cognome_____ Letto____

Scala M.E.W.S.

Punteggio	3	2	1	0	1	2	3	Rilevazione	Valutazione
F.C.		< 40	41-50	51-100	101-110	111-130	> 131		
F.R		< 8		9-14	15-20	21-29	> 30		
Valut Neuro.	Non risponde	Risponde al dolore	Risponde alla voce	Agitazione confusione					
*Scala di Glasgow				15	14	9-13	< 8		
Diuresi oraria	< 10	< 30							
T. A		< 35°	35,1°-36°	36,1°-38°	38,1°-38,5°	> 38,6°			
PAS	< 70	71-80	81-100	101-199		> 200			
TOT.									

*** Scala di Glasgow**

Apertura occhi	Migliore risposta verbale	Miglior risposta motoria
4 spontanea 3 a richiesta 2 dopo stimolo doloroso essuna reazione	5 orientato 4 confuso 3 risponde in modo inadeguato 2 emette suoni senza senso 1 non risponde	6 obbedisce ai comandi – volontaria 5 localizza il dolore – localizzata 4 reagisce al dolore – retrazione 3 decortica – flessione stereotipata 2 decerebra – estensione 1 nessuna
Indice Glasgow:		

Normale=15 Problemi =3- 14

Scala Barthel FUNZIONI ESAMINATE	NO	CON AIUTO	INDIPENDENTE
1) Mangiare (se bisogna tagliare il cibo = con aiuto)	0	5	10
2) Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare (include il sedersi sul letto) [in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi]	0	10 [5]	15
3) Eseguire la toilette personale (lavarsi la faccia, pettinarsi, ecc.)	0	0	5
4) Sedersi e alzarsi dal WC (togliersi gli indumenti, pulirsi, ecc.)	0	5	10
5) Fare i bagno	0	0	5
6) Camminare sul piano [spingere la sedia a rotelle (se non deambula)]	0 [0	10 0	15 5]
7) Salire e scendere le scale	0	5	10
8) Vestirsi (incluso infilarsi e allacciarsi le scarpe)	0	5	10
9) Controllare la defecazione	0	5	10
10) Controllare la minzione	0	5	10
Totale			

SCA – CC **Domanda**	**Punteggio**
Qual è la data di oggi?	1
Che giorno della settimana?	1
Quale è il nome di questo posto?	2
Quale è il suo indirizzo?	2
Quanti anni ha?	2
Chi è il Presidente della Repubblica?	1
Totale	

M.E.W.S.

- ☐ stabile = 0-2
- ☐ instabile = 3 – 4
- ☐ critico = > 5

BARTHEL

- ☐ indice < 40 = instabile
- ☐ indice > 40 = stabile

SCA-CC

- ☐ alta = 1 – 4 (critico)
- ☐ media = 5-7 (instabile)
- ☐ non disorientato = 8-9 (stabile)

Valutazione finale:

"Persona stabile" in almeno 2 scale su 3

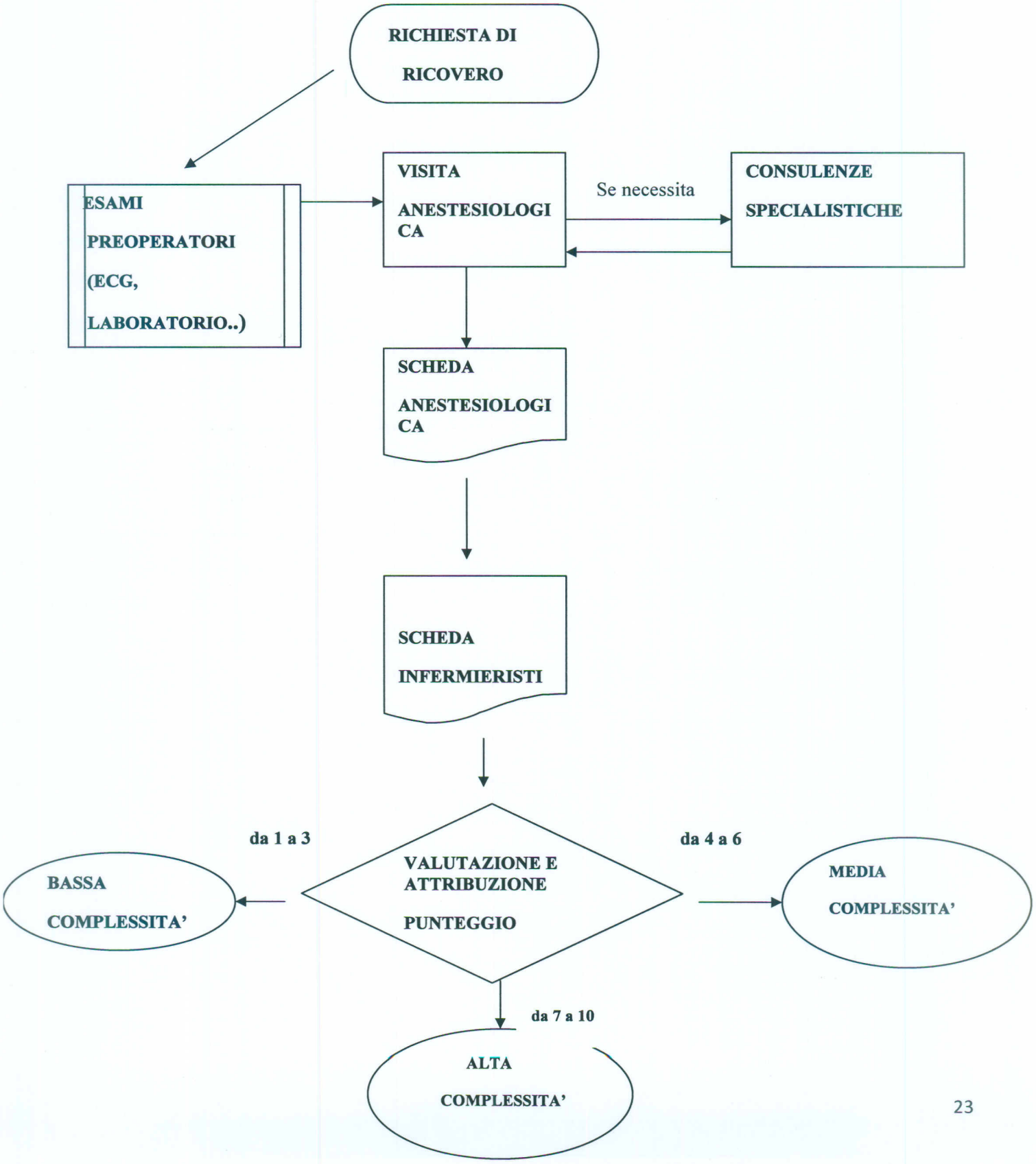
☐ SI = trasferimento in Media complessità assistenziale

☐ NO = permanenza in Alta complessità assistenziale

Firma infermiere_____ Data e ora _____

Allegato 3

DIAGRAMMA DI FLUSSO PER L'ATTRIBUZIONE INIZIALE DEL PAZIENTE ALL'AREA DI COMPLESSITA'ASSISTENZIALE



Redazione	Coordinatore del Gruppo: dr.ssa Maria Cristina Berti Gruppo di redazione: CPSI Elena Facchini, UA Ambulatori Ospedale di Bentivoglio CPSI Anna Caselli, UA Ambulatori Ospedale di Bentivoglio CPSI Gabriella Del Papa , UA Ambulatori Ospedale di Bentivoglio CPSI M.Luisa Campanini, UA Ambulatori Ospedale di Bentivoglio CPSI M. Cristiana Capelli, UA Ambulatori Ospedale di Bentivoglio CPSI Olga Filosa, UA Ambulatori Ospedale di Bentivoglio CPSI Daniela Salamone, UA Ambulatori Ospedale di Bentivoglio CPSI Manuela Zambelli, UA Ambulatori Ospedale di Bentivoglio CPSI Orietta Gasparri, UA Ambulatori Ospedale di Bentivoglio OSS Sabrina Bellagamba , UA Ambulatori Ospedale di Bentivoglio OSS Elvira Maino, UA Ambulatori Ospedale di Bentivoglio OSS Vittorio Ripa, UA Ambulatori Ospedale di Bentivoglio OSS Ciro Ragone, UA Ambulatori Ospedale di Bentivoglio OSS Daniela Caliendo, UA Ambulatori Ospedale di Bentivoglio	
Verifica	Referente per la Qualità e Governo Clinico Assistenziale (Area Assistenziale) UA Ambulatori Ospedale di Bentivoglio CPSI Orietta Gasparri	Firma
Approvazione	Coordinatore Infermieristico UA Ambulatori CPSE Nicole Guidetti; Coordinatore Infermieristico Chirurgia/Ginecologia CPSE Eliana Cerioni Direttore UOC Chirurgia Bentivoglio Dott. Salvatore Virzì Responsabile SATeR Dipartimento Chirurgico dr.ssa Mirella Gubellini Responsabile SATeR Dipartimento Igienico Organizzativo dr. Vito Pedrazzi	Firma

Questo documento è di proprietà della Azienda USL Bologna e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

SOMMARIO

1 . Premessa Pag. 3
2 . Scopo/obiettivo Pag. 3
3 . Campi e luoghi di applicazione Pag. 3
4 . Riferimenti normativi, bibliografici e documentali Pag. 4
5 . Abbreviazioni e definizioni Pag. 4
6 . Descrizione Pag. 5
7 . Matrice delle responsabilità Pag. 7

Questo documento è di proprietà della Azienda USL Bologna e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

1 . PREMESSA

La redazione della seguente Istruzione Operativa si è resa necessaria sulla base della necessità di detenere l'UOC di Chirurgia/Ginecologia, da quegli utenti che accedono al Day Service per interventi chirurgici di ernia inguinale (ritenuti generalmente pazienti a bassa criticità assistenziale e intensità di cura), molto spesso l'UOC di Chirurgia/Ginecologia si trova impossibilitata a trovare un posto letto per questi pazienti, per ovviare a questa criticità si decide di utilizzare i letti del Day Hospital Endocrinologico che nella giornata del martedì non sono utilizzati (vedi verbale incontro 30 novembre 2012).

2. SCOPO/OBIETTIVO

- Migliorare la qualità dell'attesa pre-intervento assicurando una modalità di "presa in carico globale" evitando, al contempo, situazioni di difficoltà che potrebbero crearsi con il perdurare della sosta in sala di attesa chirurgica;
- Migliorare il livello di compliance ai percorsi di trattamento offerti a partire dalla fase di accoglienza e per tutta la durata di permanenza in day Hospital;
- Migliorare il comfort dell'utente che accede al servizio;
- Detendere dal turnover dei pazienti a bassa complessità assistenziale, l'unità assistenziale di Chirurgia/Ginecologia;
- Utilizzare un area di trattamento assistenziale adeguata ai pazienti in Day Hospital

3. CAMPI E LUOGHI DI APPLICAZIONE

Questa istruzione operativa viene applicata a tutti gli utenti che devono eseguire l'intervento chirurgico di Plastica di Ernia Inguinale in anestesia locale e anestesia loco-regionale, tutti martedì dell'anno esclusi i festivi e i periodi di riduzione, dalle ore 7,30 alle ore 19,00 presso l'area di trattamento Day Hospital Endocrinologico Ospedale Bentivoglio.
Vista la tipologia di utente, per la quale non è prevista la movimentazione dei carichi, possono essere inseriti anche operatori sanitari con certificazione.

Questo documento è di proprietà della Azienda USL Bologna e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

4. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFICI E DOCUMENTALI

Allegato n°	Titolo dell'allegato	Codice
1	Verbale incontro 30 novembre 2012	
2	Istruzione Operativa: assistenza infermieristica post-operatoria paziente operato di ernia inguinale	030900 011
3	Check list per la verifica della identificazione del paziente, del sito dell'intervento e della conferma dell'intervento	All. 1 –P 079 AUSLBO
4	Check list blocco operatorio fase pre e post operatoria	

5. ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI

I.O.	Istruzione Operativa
UOC	Unità Operativa Complessa
UOSD	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
UOS	Unità Operativa Semplice
UA	Unità Assistenziale
SATeR	Servizio Assistenziale Tecnico e Riabilitativo
AREAS	Sistema operativo informatico per la presa in carico, gestione e dimissione degli utenti accedenti a ricoveri in Day Hospital o ricovero ordinario

Questo documento è di proprietà della Azienda USL Bologna e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

6. DESCRIZIONE

Il seguente modello operativo è stato condiviso con i Direttori delle Unità Operative coinvolte.

L'utente si reca presso l'U.O. di Chirurgia dove il personale infermieristico accoglie l'utente, ne verifica l'identità, il contrassegno del sito chirurgico in conformità alla P079 AUSLBO, (identificazione del paziente sottoposto ad intervento, identificazione del sito dell'intervento e conferma dell'intervento) controlla la completezza della documentazione, interagisce con il Chirurgo per l'acquisizione del consenso informato e l'impostazione della terapia, inserisce l'utente in Areas per l'acquisizione informatica e indirizza l'utente nell'area di trattamento infermieristica ambulatoriale.

Dopo aver acquisito l'utente, l'infermiere incaricato della gestione degli utenti del DH Chirurgico, prende in carico l'utente e la cartella clinica, lo fa accomodare a letto e lo prepara per la sala operatoria utilizzando la seguente metodologia:

- Togliere tutto l'abbigliamento personale, sono concessi solamente calzettini corti bianchi e fare indossare la camicia da sala operatoria allacciata posteriormente
- Far togliere monili, trucco, smalto, protesi dentarie mobili, occhiali, lenti a contatto (**non far rimuovere protesi acustiche**)
- Chiedere all'utente se **è digiuno**
- Nel caso in cui l'utente assuma **terapia anticoagulante o antiaggregante, verificare nella cartella clinica e/o anestesiologica l'eventuale sospensione, e chiedere all'utente se è stata effettuata tale prescrizione. Nel caso in cui l'utente non abbia effettuato la sospensione, quando prescritta, avvisare il chirurgo e la Sala Operatoria, per avere le istruzioni del caso.**
- Nel caso in cui l'utente risulti diabetico o iperteso, verificabile dalla cartella clinica e/o anestesiologica, chiedere se ha con se i farmaci domiciliari, nel caso in cui sia necessario somministrarli dopo l'intervento.
- Controllare la tricotomia eseguita a domicilio, ed eventualmente ritoccarla se necessario, poi invitare l'utente a detergere la zona da operare con detergente apposito (FARVICET) che gli viene consegnato dall'infermiera.
- Verificare la correttezza del sito chirurgico, marcato in precedenza dal chirurgo, con le informazioni contenute in cartella e la lista operatoria
- Controllare nella cartella anestesiologica se le eventuali prescrizioni pre-operatorie quali le calze antitrombo (se si farle indossare all'utente), lo stix glicemico (se utente diabetico) poi farlo accomodare a letto in attesa della chiamata del Blocco Operatorio.
- Alla chiamata del Blocco Operatorio al numero **24023**, l'infermiere incaricato eseguirà la pre-medicazione come prescritto sulla cartella anestesiologica, e attenderà il personale di supporto del Blocco Operatorio per il trasporto dell'utente.
- Annotare tutte le informazioni raccolte nella check list blocco operatorio (digiuno, calze antitrombo, premeditazione)

Al rientro dal Blocco operatorio l'infermiere incaricato accoglie l'operato e segue la seguente metodologia :

Questo documento è di proprietà della Azienda USL Bologna e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

- Ritira la cartella clinica dal personale di supporto, crea un ambiente idoneo al riposo post-operatorio dell'operato
- Verifica il livello di coscienza e il colorito cutaneo dell'operato, l'orario di rientro dal Blocco Operatorio, la pervità dell'accesso venoso periferico e la eventuale presenza di dolore;
- prende visione della terapia infusionale post-operatoria (scritta sia nel cartellino delle prescrizioni post-operatorie che in grafica) e di ulteriori prescrizioni terapiche da somministrare ad orari prestabiliti, rileva i parametri vitali subito, dopo due ore circa e alla dimissione, esegue lo stix glicemico se l'operato è diabetico e controlla la medicazione, subito e dopo 2 ore dal rientro dal Blocco Operatorio
- Trascrive tutti i dati rilevati nella scheda infermieristica, somministra la terapia post-operatoria prescritta e assiste l'operato nei bisogni di mobilizzazione : l'operato in anestesia locale, può essere mobilizzato anche subito dopo l'uscita dalla S.O., se l'operato è in anestesia loco-regionale può essere mobilizzato dopo alcune ore, se in entrambi i casi è stata praticata anche una sedazione, attendere la completa ripresa dello stato di coscienza; la mobilizzazione è sempre eseguita con l'aiuto dell'infermiere o dell'OSS presenti
- Controlla la ripresa della diuresi spontanea e trascrive l'orario nella cartella infermieristica; dopo aver urinato l'operato può bere a piccoli sorsi comunque non prima di due ore dal rientro
- All'incirca alle ore 15.30-16.00 il medico chirurgo viene a controllare gli operati, nel caso sia stata eseguita la sedazione o l'anestesia loco-regionale, gli operati verranno controllati anche dal medico anestesista
- Il medico chirurgo redige la lettera di dimissione dove sono indicate tutte le prescrizioni terapeutiche domiciliari, i controlli post-operatori da eseguire e viene consegnata all'utente
- All'atto della dimissione, eseguire se prescritto l'antidolorifico e la terapia anticoagulante; istruire l'utente sulla modalità di esecuzione della stessa al domicilio
- Scrivere l'orario di uscita dell'utente dal servizio sulla cartella infermieristica e portare la cartella nell'U.O. di chirurgia per la dimissione dell'utente dal sistema informatico Areas

Nel caso in cui sia necessario contattare il medico chirurgo o gli anestesisti per i pazienti in carico al DH Chirurgico contattare i seguenti numeri telefonici :

- **Reparto di Chirurgia → 24456**
- **Cicalino chirurgo di guardia → 124 52 0**
- **Sala operatoria → 24218**
- **Cicalino anestesista di guardia → 21314 – 21315**

Una volta dimessi tutti gli utenti, l'infermiere incaricato e l'OSS ripristinano la stanza di degenza per il giorno successivo, ripongono il vassoio dedicato al DH Chirurgico nel magazzino del DH medico, portano nel reparto di chirurgica il sacco con la biancheria sporca rimossa dai letti e ripristinano il contenitore dei rifiuti speciali.

Questo documento è di proprietà della Azienda USL Bologna e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

7. Matrice delle responsabilità

Funzione / Attività	Medico UOC Chirugia	Infermiere dell'UOC Chirurgia	Infermiere UA Ambulatori incaricato per il DH Chirurgico	OSS UA Ambulatori incaricato per il DH Chirurgico	Personale supporto Blocco operatorio
Accoglimento dell'utente dal reparto di chirurgia, sua identificazione, controllo cartella clinica, inserimento dello stesso nel programma AREAS, indirizzamento dello stesso c/o il DH		R			
Redazione della cartella clinica , acquisizione del consenso informato e identificazione del corretto sito d'intervento	R				
Presa visione della documentazione in cartella clinica, preparazione dell'utente per la sala operatoria			R		
Somministrazione Premedicazione			R		
Trasporto utente per e da blocco operatorio					R
Prescrizione della terapia farmacologica ed infusionale post-operatoria riportata sul cartellino anestesiologica	R				

Questo documento è di proprietà della Azienda USL Bologna e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

sulla grafica della cartella ai rispettivi orari					
Accoglimento dell'utente al rientro dalla S.O.			R	C	
Presa visione della cartella con terapia e liquidi post-operatori, tipologia di anestesia eseguita			R		
Somministrazione della terapia post-operatoria			R		
Rilevamento parametri vitali e stix glicemico per utenti diabetici			R	C	
Controllo della medicazione subito e dopo 2 ore			R	C	
Aiuto nella mobilizzazione			R	C	
Somministrazione della terapia anticoagulante ove prescritta, ed educazione sanitaria per l'esecuzione al domicilio			R		
Ripristino della camera di degenza			C	R	

R = responsabile **C = coinvolto**

Questo documento è di proprietà della Azienda USL Bologna e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.