

Continuità e qualità dell'assistenza infermieristica: dai nosocomi alle strutture extra ospedaliere

Evento ECM accreditato dal provider IPASVI LA SPEZIA

Numero Agenas: 708-52518 crediti 17



Le slides come sempre...

Sono solo una sorta di GUIDA d'aula per il vostro collega discente.....e aiutano anche voi a "fermare" passaggi e criteri utili anche alla formulazione di domande....

Di cosa vorremmo parlare

Di tanti argomenti....di cambiamenti e di come la Salute, il concetto stesso di Sanità, si stia spostando sempre più verso "nuove forme di organizzazione"....in tutto questo l'Infermiere giocherà (gioca già oggi) un ruolo forte

Cosa significa di fatto continuità...

*È necessario ad esempio **DISTINGUERE** dalla **DIS-**continuità di certe situazioni intra ospedaliere ai progetti sulla **CONTINUITA'** Post dimissione...*

E come sempre di cose pratiche

- 7.2.2013. il signor Giovanni esce dalla RSA XY verso il PS dell'ospedale di S.
- Ha nella documentazione che lo accompagna una scheda con la terapia in atto.
- Dal PS arriva alla medicina di quella struttura.
- Dalla medicina chiamano la RSA: “..scusi, ma che terapia sta facendo questo signore?”
- “Okay, ma la scheda che fine ha fatto?”

Un piccolissimo assaggio di ...storia

- ...che non viene presentato per preoccupare nessuno, ma per spiegare che, come sempre, ci sono più motivi per far sì che la professionalità delle cure erogate ci sia davvero....



Casi concreti e reali: la documentazione

- *Corte di Assise di Firenze, 14.12.1996*
- *I sigg XY infermieri del reparto di ortopedia del CTO Firenze....IMPUTATI del reato di cui all'art 479 cp perché nel periodo in cui avevano in cura la signora XY compilavano, in qualità di pubblici ufficiali* la cartella infermieristica della stessa **ATTESTANDO FALSAMENTE O OMETTENDO DEI FATTI...***
- **(* SPIEGAZIONE....)**

Casi concreti e reali: la documentazione, 2

- *Sempre dagli atti della Corte di Assise di Firenze, 14.12.1996*
- *In particolare non facevano alcuna annotazione nello spazio riguardante LA RACCOLTA DATI, delle lesioni da decubito.*
- *Nella lettera indirizzata alla casa di cura XW **non venivano menzionate né le piaghe**che vengono rilevate al momento dell'ingresso nella casa di cura (dimensione decubito sacrale 12x 25 cm)*



Ma cosa dice l'art 479 cp

- **Articolo 479. Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici. Il pubblico ufficiale che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite nell'articolo 476.**

Avrete visto ieri con GL

- Il senso e il significato della 'consegna', e quindi non serve aggiungere nulla.
- Sul VALORE -REALE, POSSIBILE, CONCRETO-
ecco un caso di cronaca accaduto (che sta accadendo) in FVG....

Da stampa friulana

- ***Nuova tegola giudiziaria per Giuseppe , medico in servizio al San Polo di Monfalcone. Dopo la condanna a 8 mesi per lesioni colpose nei confronti di una paziente, dovrà ora rispondere **anche dell'accusa di falso assieme a due infermiere** dello stesso nosocomio, A. 44 anni, di Romans e D. di Monfalcone.***
- ***I tre sono stati rinviati a giudizio dal gup e il processo si terrà il prossimo 28 giugno.***

Dall'articolo

- *Il procedimento giudiziario trae origine dalla vicenda che ha visto come protagonista Claudia D, la donna di Turriaco di 60 anni, che da sette si trova in stato vegetativo per un errore medico mentre si trovava ricoverata nel reparto di rianimazione.*
- *Durante il processo - oltre al medico erano coinvolte anche tre infermiere, tutte assolte - fu evidenziato che la cartella clinica non era stata compilata in modo dettagliata. Discrepanze emersero tra quanto testimoniato in aula dal primario del reparto di rianimazione rispetto a quanto riportato dalla cartella clinica. Discrepanze che portarono alla decisione del giudice di affidare a un medico legale una superperizia.*
- *Le infermiere rientrano nel processo per una compilazione cartacea documentale ritenuta non corretta*
- *(si può anche NON essere d'accordo, ma intanto è finita così!!)*

Secondo il ctu

- Una cattiva documentazione ha causato una cattiva comunicazione delle condizioni e una successiva condizione di DANNO.
- Causata da SCARSA CONTINUITA' ASSISTENZIALE
- (Commento personale....)

ALTRI ASPETTI DI RILIEVO

- *La continuità assistenziale è spesso compromessa da alcune attività e abitudini poco opportune.*
- *A dimostrazione che la continuità assistenziale (anche la documentazione fa parte di questo aspetto, come abbiamo visto prima) è critica fra strutture diverse, esistono esempi "banali" e esempi molto seri....ed eccone due, interessanti, spesso SOTTOVALUTATI...*

Sbagliare per cattiva comunicazione. Quando la continuità è compromessa



***Pianta dell'Ospedale Niguarda,
Milano 1932-1939***

Si sviluppano più errori

- ...negli ospedali divisi per padiglioni, ma perché?
- **Perché si perde la continuità della comunicazione**, del trasporto, del trasferire informazioni, procedure, cose, persone....

- *Situazioni ampiamente descritte in tutti i testi che parlano di gestione del rischio clinico...*

La comunicazione “trasferita” è sempre un problema

- *E questo principio è talmente forte nella sfera della terapia (della componente della prescrizione in particolare) che si sono sviluppati **sistemi alternativi CERTIFICATI** come la **STU** (scheda di terapia unica) e la **informatizzazione gestita da tecnologia dedicata**.*

Il concetto di base

- È quello di evitare i **passaggi di comunicazione** perché potenzialmente pericolosi, a rischio di errore.
- Quindi, quando parliamo di **CONTINUITA' ASSISTENZIALE** noi pensiamo alla fattiva possibilità che la comunicazione fra curanti, fra strutture, fra operatori sia imperfetta..

Un momento critico della continuità

- È quello del **trasporto** di un malato assistito nella struttura A che deve raggiungere, per diversi motivi, la struttura B.
- Questo trasporto può essere legato a molte motivazioni, e sicuramente i trasporti più complessi sono quelli che si svolgono in emergenza/urgenza e rientrano nei contesti di invii specialistici ...



falli.francesco@libero.it

**Esempi di
documentazione
in area critica**

@

Associazione/Croce _____ **Codice Mezzo** _____
Scheda Missione n. _____ **Operatore** _____
Codice invio B V G R **Codice rientro** B V G R
Data _____ attivazione partenza
 in posto

Luogo evento _____
Equipaggio _____ riparte

Tipologia servizio Primario Rendez-vous Non necessita trasporto Rifiuto ricovero
 T.S.O. Servizio interrotto Non reperibile **Altro** _____

Paziente (Cognome / Nome) _____ M F **Età** _____
Residenza _____ **Data nascita** _____

Valutazione Scena
 pedone caduta 2-5 m arrotato intossicato
 bici caduta > 5 m estricaz. > 20min annegato
 auto Trauma stradale cintura sicurezza ustionato
 camion / bus urto anteriore airbag folgorato
 mezzo agricolo urto posteriore sedile bambino impiccato
 moto urto laterale casco esplosione
 crollo alta velocità fiamme libere arma da fuoco
 luogo di lavoro sbalzato gas / fumi arma da taglio
 caduta <2 m incastrato ribaltamento altro

GCS
 X Ferite
 O Ematomi
 A Dolore
 Q Altro
 → Fratture

Note: _____
Medico in posto NO SI
Medico a bordo NO SI
Infermiere a bordo NO SI

Valutazione	PRIMARIA	SECONDARIA
Coscienza	A V P U	GCS =
Respiro	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Attilmin =
Circolo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	FC =
PA		
SettbO₂ %	aria O ₂	aria O ₂

Procedure intraprese
 cannula collare
 O₂ terapia (.....l/min) barella cuochiaio
 ventilaz. Ambu tavola spinale
 SattbO₂% ksd
 DAE h posiz. mater. Depress.
 n. defib. tot. marc. Depress.
 Shock non indicato emostasi
 massaggio cardiaco aspirazione

Raccomandazioni per trasporto
Destinazione Ospedale _____ **Reparto** _____ arrivo H _____
Materiale lasciato in PS _____ inizio rientro _____
Materiale prelevato per scambio _____ fine missione _____
Firma Capo Equipaggio: _____ **Affidato a:** _____
Km totali _____

Continuità assistenziale

- È un criterio **che non di rado viene a mancare nel mondo della sanità.**
- Si possono avere delle difficoltà nella continuità assistenziale in alcuni aspetti molto particolari, **spesso poco considerati.**
- Osserviamone, a puro titolo di esempio, alcuni, dividendoli in due grandi capitoli (escludiamo subito i trasporti in emergenza/urgenza, in genere più “protetti”)
...

La continuità?

- **Intra presidio**

- A- dal PS alla degenza
- B- dal PS alla diagnostica
- C- dalla degenza alla diagnostica
- D- dalla degenza alla consulenza
- E- altro

- **Extra presidio**

- A- dal presidio al domicilio
- B- dal presidio ad altra struttura
- C- dal presidio a diagnostiche esterne
- D- altro

Questo è ovviamente uno schema parziale

- *Ma in tutte queste possibilità si dovrebbe avere comunque una forma adeguata e “certificata” di continuità assistenziale.*
- *Molto spesso il personale che effettua questo genere di trasporti è adeguato al caso; ma non mancano passaggi di relativa ambiguità.*

Evidentemente la semplice procedura di trasporto non è banale

- Se (...addirittura!!) il Ministero della Salute ha prodotto, attraverso l'Ufficio III della Qualità, una precisa RACCOMANDAZIONE (*la numero 11 del gennaio 2011*)
- Essa è tesa a assicurare la **MAGGIOR CONTINUITA' POSSIBILE** dell'assistenza....anche **DURANTE** il tragitto!!

Essa è la numero 11 su un totale di 14 (a oggi) emanate

- E si intitola MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO (INTRA OSPEDALIERO OD EXTRA OSPEDALIERO)...
- Scrivo questo solo per appuntare “un fatto” che è evidentemente noto come critico, rischioso, pericoloso...

Come purtroppo la stessa cronaca ha indicato...

- A Barletta....quando un malato 80enne è cascato dalla autoambulanza, con la barella, ed è deceduto..

Ma torniamo alla continuità

- *La **continuità assistenziale** fondamentalmente che cosa è....?*
- *Per esempio, è assicurare a qualcuno che sta per uscire dall'ospedale **che ci saranno ancora strutture e servizi** e che non resterà solo...*

Ruolo dell'Infermiere nella continuità ...

- Il ruolo è sviluppato e anche ormai codificato... per portare un esempio concreto, in alcune ASL ci sono esperienze di sviluppo delle attività ambulatoriali gestite dagli Infermieri; ovviamente qui si citano esperienze con malati che possono raggiungere queste strutture di trattamento.

*La diffusione degli ambulatori infermieristici rappresenta **un nodo strategico del sistema delle cure primarie** perchè, operando in stretta connessione funzionale con i MMG e la rete dei servizi, consentono il monitoraggio dei fattori di rischio nella popolazione e la gestione dei soggetti con patologie cronicamente degenerative, oltre a fornire risposte assistenziali adeguate nei confronti di eventi acuti.*

Gli Ambulatori Infermieristici prevedono la “presa in carico” della persona attraverso la valutazione del bisogno di assistenza, l’uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e di adeguati strumenti informativi (cartella infermieristica).

L'ambulatorio deve...

- costituire **una cerniera tra i servizi ospedalieri, territoriali (di assistenza domiciliare, salute mentale, geriatria, materno-infantile, disabilità degli adulti e dei bambini, specialistica ambulatoriale e Medici di Medicina Generale)** al fine di assicurare la **continuità assistenziale...**



Queste attività...

- Riconoscono la piena assunzione di responsabilità e l'autonomia dell'infermiere nell'organizzazione e nella gestione dell'assistenza **secondo quanto previsto dalla normativa che regola l'esercizio professionale** (DMS 739/94, Patto Infermerie-Cittadino 1996, L.42/99, Codice Deontologico 1999, Legge n°251/00, Legge n°1/2002, Ordinamenti Didattici delle Classi di Laurea/02).
- **Nessuno si inventa nulla...**

Aspetti burocratici (es Regione Lazio)

- *L'accesso agli Ambulatori Infermieristici viene regolato dal CUP previa presentazione della prescrizione medica (MMG o specialista), ma è prevista anche **la modalità di accesso diretto**, mediante la quale gli utenti potranno rivolgersi direttamente all'ambulatorio infermieristico ed usufruire delle relative prestazioni (pagando il ticket o la prestazione per intero).*

Cardiologia piccolo presidio riviera ligure

- Da ANNI funziona un servizio di "continuità assistenziale" nato con una tecnologia molto modesta: un telefono fisso



Un Infermiere telefona ogni giorno per 14 giorni ai dimessi...

- *...dopo un infarto del miocardio.*
- *L'Infermiere segue un protocollo standard con alcune possibili varianti*



I dati parlano dopo pochi anni chiaro

- *Scesa del 22% la riospedalizzazione*
- *Scesa del 6% la mortalità nel primo mese dall'infarto*
- *Il progetto NON vede l'Infermiere del reparto recarsi al domicilio....ma se diventa necessario, è l'assistenza domiciliare a recarsi da lui, oppure se i dati rilevati al telefono 'rendono sospettoso' il collega, il malato viene invitato a recarsi al PS....*

Ma detto questo, osserviamo....

- **Come il nuovo profilo può incentivare la attività dell'Infermiere in questo contesto**....un contesto in fase di espansione e sviluppo perché sono sempre di meno i posti letto negli ospedali e volenti o nolenti aumentano i vari ambiti della “attività sanitaria extra presidio”..

La nuova proposta sulla

- *Implementazione e lo sviluppo delle competenze infermieristiche....elaborata dopo aver ragionato e dibattuto sul testo dell'aprile 2012...*



Alcune grosse novità

- Le Regioni saranno **meno autonome** nel definire i processi di accreditamento professionale. Il rischio era quello di avere 21 differenti “figure” infermieristiche esperte...
- **Sparisce** la possibilità per le ASL di definire i percorsi attuativi di figure esperte...

L'Infermiere specialista

- **FINALMENTE**
recepita quella parte
molto chiara della
legge 43 del
1.2.2006...
- *Oggi è purtroppo
**senza ricadute
concrete** l'aver
acquisito un bel
master in assistenza
specialistica....*

Possiamo avere infatti

- Infermieri che hanno acquisito percorsi di competenza in
- Area critica
- Salute mentale
- Sala operatoria
- Wound care
- e altre assistenze di specialità... SPENDENDO TEMPO E DENARI IN CAMBIO DI ...

quotidiano sanita' 21.11.2012

- **Infermiere esperto. “Una mancanza che demotiva i professionisti”**
- 21 NOV –”*Gentile Direttore*, un rapido contributo alla **lettera** del collega Castellano Spadone sul mancato riconoscimento delle competenze esperte infermieristiche che puntualmente la Sua rivista pubblica col commento del Dottor Proia. Questa mancanza fa molto male alla motivazione della nostra, e delle altre professioni sanitarie, che puntualmente ogni anno partecipano a Master in Università con sacrifici anche - e non solo - economici.

Eppure, pochi lo ricordano, la Legge 43 del 1.2.2006 già aveva previsto un livello "dedicato" a chi estende le proprie competenze "di base". Infatti, l'art 6 di questa legge colloca i professionisti sanitari italiani(dunque non soltanto gli Infermieri) in quattro distinti livelli definiti con le lettere a), b), c), d)....
- (segue)”

- **A) professionisti** in possesso del diploma di laurea o del titolo universitario conseguito anteriormente all'attivazione dei corsi di laurea o di diploma ad esso equipollente ai sensi dell'articolo 4 della legge 26 febbraio 1999, n. 42;
- **b) professionisti coordinatori** in possesso del *master* di primo livello in *management* o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3(...)
- **c) professionisti specialisti** in possesso del *master* di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;
- **d) professionisti dirigenti** in possesso della laurea specialistica di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 2 aprile 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 128 del 5 giugno 2001, e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni (...)

Saranno **6** le aree sulle quali si svilupperanno le NUOVE COMPETENZE

- *Area cure primarie-servizi territoriali/distrettuali*
- *Area intensiva e dell'emergenza/urgenza*
- *Area medica*
- *Area chirurgica*
- *Area neonatologica e pediatrica*
- *Area salute mentale e dipendenze*

Vengono riprese

-in questa 'ipotesi' quelle realtà che da anni si sono sviluppate "autonomamente" in Regioni come l'Emilia e la Toscana (see and treat) , definendole realtà di avanguardia che meritano il corretto riconoscimento.
- E così facendo, queste novità vengono rese più "stabilizzate" da questo FUTURO nuovo "profilo professionale" ...

Ma soprattutto

- Vengono sottolineate tutte quelle attività che già oggi fanno dell'Infermiere una decisiva componente della continuità assistenziale.
- Possiamo per questo osservare alcuni passaggi che **SONO PARTE INTEGRANTE DEL DOCUMENTO ELBORATO DAL TAVOLO TECNICO** e che poi cercheremo di riversare nella pratica....

osservazioni

- *“...nel contesto del SSN e in modo più estensivo nell’assistenza alla persona, si sta assistendo ad una significativa evoluzione delle componenti organizzativo assistenziali conseguenti all’obiettivo manifestarsi di alcuni fenomeni, legati in particolare all’aumento dell’età media, della popolazione con fragilità, e malattie cronico degenerative...”*

Ridefinire gli ambiti di cura e di assistenza

- *“...perseguendo processi basati sulla CONTINUITA’, data dai percorsi assistenziali tendendo da un lato, a standardizzare e sistematizzare le principali prestazioni e, dall’altro, ponendo le basi per la personalizzazione dell’assistenza...”*

Come si traduce nel concreto?

- L'Infermiere delle cure primarie e dei servizi potrà **PRESCRIVERE** i presidi della non autosufficienza come le sedie a rotelle....alleggerendo di molto il carico burocratico delle famiglie...
- Forse a qualcuno sembrerà fantascienza, ma molti colleghi all'estero svolgono da anni queste attività.

Caratteristiche speciali dell'Infermiere dell'assistenza di continuità?

- ... L'INFERMIERE CHE VA A CASA DI QUALCUNO NON HA A DISPOSIZIONE L'OSPEDALE.
- NON PUO' CHIAMARE UN MEDICO DI GUARDIA, DI NORMA.
- E QUANDO ENTRA IN CASA....

Deve chiedere permesso...

- I familiari , il caregiver, non può essere "fatto uscire dalla stanza"....
- *Non ci sono farmaci di scorta, non si può mandare l'ausiliario al piano di sopra a cercare un presidio o un farmaco mancanti...*

Contrariamente a quanto si potrebbe pensare senza riflettere

- Serve una GRANDE esperienza professionale per essere Infermiere di continuità, di ADI, di assistenza sul/del territorio
- L'assenza abituale di strumenti e presidi può essere surrogata SOLO da COMPETENZA, ATTENZIONE, CAPACITA' DI NOTARE SINTOMI ANCHE CELATI E NASCOSTI...

Ruolo infermieristico nella dimissione...

- Un malato viene dimesso dal reparto ospedaliero (o dalla RSA riabilitativa) quando?
- La risposta scontata (di un tempo) era: al momento della guarigione...
- Oggi, è noto, per molti motivi questa domanda presuppone risposte più...complesse.
- Una spiegazione forte è quella contenuta nella “regola del DRG”.

Diagnosis Related Groups

- (DRG, Raggruppamenti omogenei di diagnosi)...
- Tabelle che dicono che per quella determinata patologia la prestazione ospedaliera viene remunerata dalla regione con XY euro...chiaramente, la disperata tendenza a mantenere in parità i bilanci cosa comporta?



***DIMISSIONI
ABBASTANZA PRECOCI***

E ALLORA

- La dimissione dei malati fragili assume una valenza decisiva nel quadro del concetto di CONTINUITA' ASSISTENZIALE.
- Perché altrimenti ci possono essere serie conseguenze...
- Allora che fare?

Sintesi

- *Valutazione attenta del malato e dei suoi bisogni*
- *Trasferire la presa in carico ad altra struttura/operatori*
- *Dimissione come avvio di un PROCESSO.*

- *Pianificarla per tempo utile.*
- *Ci sono stati lavori di studio dedicati a questo aspetto che dimostrano la bontà dei risultati ...*

Naylor et al., 1999

- *Lo studio ha dimostrato che la dimissione protetta e coordinata e gestita da “advanced practice nurses” porta a migliori risultati assistenziali sui malati anziani osservati rispetto a un gruppo di controllo.*
- *Vediamo come ha funzionato...*

Le Infermiere

- Assumevano la responsabilità di una “dimissione protetta” mentre il malato era ancora ricoverato.
- Dopo la dimissione per 4 settimane le Infermiere andavano a casa del dimesso;
- Prima visita entro le 48 ore seguenti alla uscita dalla struttura,
- Una chiamata telefonica giornaliera da parte dell’infermiera
- Contatto almeno settimanale coi parenti.

Azioni “sul campo” della professionista coinvolta...

- Valutazioni condizioni psico fisiche; potenziale capacità di recupero; reale recupero; valutazione dei caregiver presenti sul campo (familiari e non); rapporto con altri membri del team assistenziale.
- Consulenza ai familiari e al malato su specifici problemi; supporto e sostegno su dubbi, domande, questioni speciali.

effetti

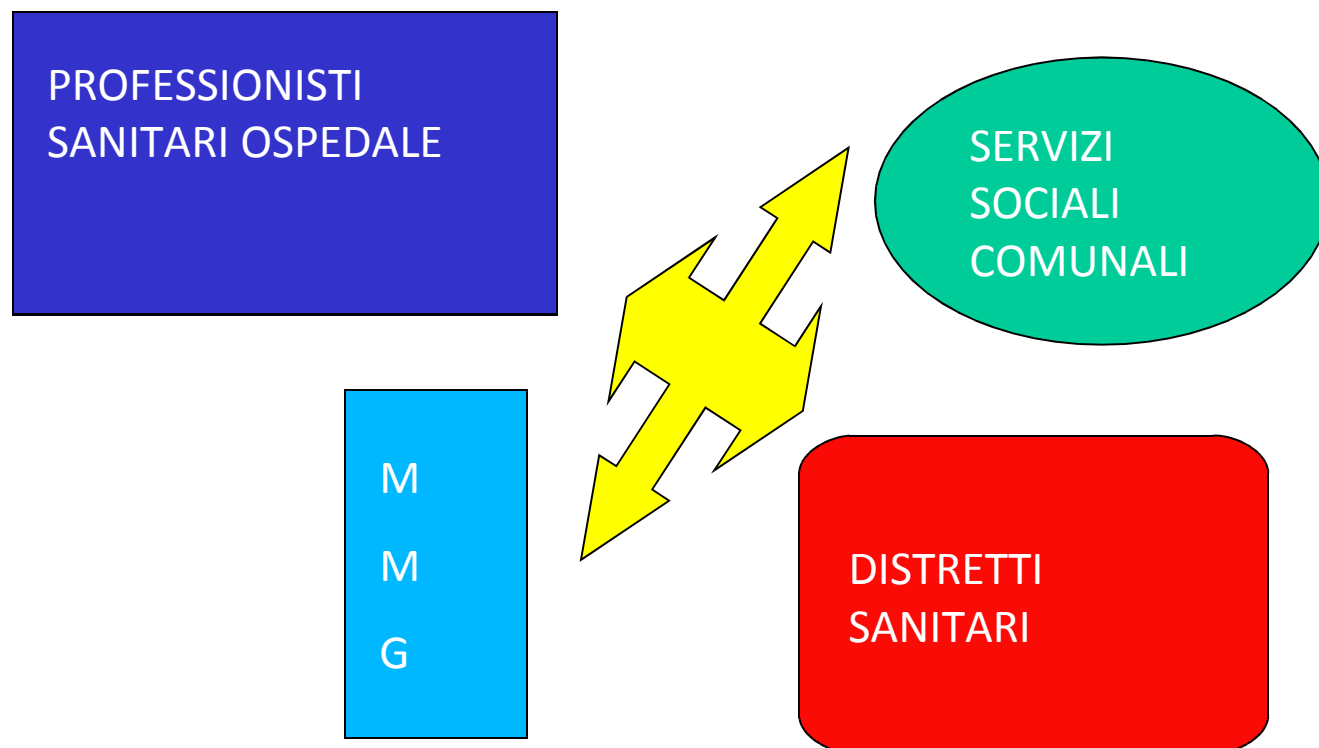
- *Riduzione delle riammissioni, allungamento dei tempi fra un ricovero e l'altro per i malati cronici e un CALO dei costi per l'assistenza....*
- *Quali i tre fattori decisivi in questo percorso?*
- *Eccoli a seguire...*

I tre fattori che fanno la differenza

- **VALUTAZIONE INIZIALE DEL BISOGNO**
- **COMUNICAZIONE**
- **PIANIFICAZIONE DI UNA STRATEGIA DI DIMISSIONE
E SOSTEGNO SUCCESSIVO**

Dimissione **PROTETTA NON è UNA** **DIMISSIONE PRECOCE** ma

- Un sistema integrato di comunicazione strategica tra più servizi ed i loro operatori...

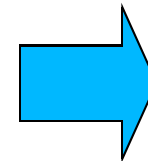


INOLTRE LA DIMISSIONE PROTETTA

- Non è un programma rivolto al solo rientro al domicilio del malato, ma può essere accesa ed attivata anche su
 - Ricoveri in RSA
 - Ricoveri in riabilitazione
 - Rientro al domicilio con sostegno di ADI (assistenza domiciliare integrata)

Alcuni malati sono più a rischio e altri sono inseriti nei programmi solo a fronte di particolari realtà...

- *Queste scelte favoriscono il miglior risultato possibile...*
- *Criteri di eleggibilità:*
- *Presenza di adeguato sostegno in famiglia*
- *Condizioni di non autosufficienza*
- *Evidenza di bisogni di tipo integrato (sanitari e socio sanitari)*
- *Condizioni cliniche stabilizzate (segue)*



....

- *Pazienti con peso assistenziale moderato, compatibile col domicilio*
- *Pazienti in cui esista una reale possibile ipotesi del recupero di parte o di tutta l'autonomia..*
- *In questo contesto si sono sviluppate realtà come quelle dell'Infermiere Case Manager*

C'è anche un Master di 1° livello dedicato (univ PD)

- *I partecipanti saranno in grado di predisporre, con gli altri componenti del team, percorsi assistenziali per specifiche condizioni cliniche sulla base di evidenze disponibili e piani di assistenza, **con capacità di monitoraggio dei risultati;** gestire percorsi assistenziali integrando gli interventi di ciascun componente del team;
assicurare la funzione della dimissione protetta;
conoscere ed applicare la legislazione vigente nella logica dei servizi integrati;
valutare l'appropriatezza e la qualità delle cure.*
- *Al termine del percorso formativo i partecipanti saranno in grado di predisporre, con gli altri componenti del team, percorsi assistenziali per specifiche condizioni cliniche sulla base di evidenze disponibili e piani di assistenza, con capacità di monitoraggio dei risultati; gestire percorsi assistenziali integrando gli interventi di ciascun componente del team;
assicurare la funzione della dimissione protetta;
conoscere ed applicare la legislazione vigente nella logica dei servizi integrati;
valutare l'appropriatezza e la qualità delle cure.*

Non mancano

- *Ed erano attese, le reazioni della classe medica...*
- *Chi lo avrebbe immaginato eh?*

Da “QS” di pochi giorni fa...

- Nuove competenze infermieri. **Anaao***: “Colpo di mano per ridurre illegalmente quelle dei medici”
- *L’Anaao Assomed precisa di non essere “pregiudizialmente contraria allo sviluppo delle competenze e della formazione delle professioni sanitarie non mediche”, ma contesta la **Bozza di Accordo** sugli infermieri che “estende attribuzioni ‘ora solo di competenza della professione medica’”.*
- * il sindacato dei medici dirigenti

*Una cosa che oggi
è un fatto nuovo*

- È rappresentata dal fatto che coloro che si occupano **SERIAMENTE** di sanità e strategie comprendono che la parte medica è sovra dimensionata e costosissima.
- Ed allora l'obiettivo è di far crescere le competenze degli infermieri....anche senza l'accordo dei medici

Possiamo portare un esempio di risultato

- *Chi conosce il see and treat sa di che cosa si tratta...*



dove l'impostazione è medicodipendente

- *Vi sono lunghe attese e si superano i tempi che dovrebbero essere definiti "di qualità"...*
- *Dove l'impostazione vede l'Infermiere chiamato a svolgere il ruolo di "attuatore" e gestore di casi meno complessi si sono avute...*
- *(dati presentati dalla regione Toscana, assessorato alla salute, 2012)*

Dati reali

- in particolare per la reale riduzione dei tempi d'attesa medi, scesi da 56 a 30 minuti.

- *diminuiti i ritorni al Pronto soccorso non programmati*
- *è calato l'allontanamento prima della visita*

@ @ @

- c'è una diminuzione del tempo medio nel tragitto interno al **Dipartimento dell'Emergenza** dei malati accolti.



La sintesi

- *"Il 'See & treat' non contiene nessun elemento di novità rispetto a ciò che gli infermieri italiani fanno già dagli anni Novanta: **ne formalizza le funzioni e le responsabilità**, sulla base di chiari protocolli condivisi, tra medici e infermieri, oltre a descrivere bene i percorsi di una formazione specifica, a scanso di errori e equivoci, e lascia maggior tempo al medico per i casi complessi, abbattendo i tempi di attesa dei casi meno critici".*

@ @ @

- Due Regioni lo hanno sostenuto.
- Emilia Romagna e Toscana.
- Con opposte reazioni mediche.
- Con incentivi agli Infermieri, ma solo in Toscana...

Ritorniamo a criteri abbastanza consolidati...

- **Un Paese con tutti i suoi limiti...**
- Lo viviamo nella questione che coinvolge Scuola e Sanità ogni giorno ... la civiltà di un Paese si misura nella capacità dello stesso di formare i suoi giovani, e nel curare i suoi cittadini ... ragioniamoci su.

Inaugurazione Olimpiadi Londra, 2012



falli.francesco@libero.it

Bibliografia e riferimenti

- Normative in vigore
- Accordo Stato Regioni 2013 su nuove competenze infermieristiche
- Rivista IPASVI MI LO 4/2007 articolo Dr.ssa Infermiera Paola Gobbi su dimissioni protette