



Raccolta delle esperienze realizzate dalle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia-Romagna che hanno partecipato alla *Call for Good practices 2023* di Agenas

SEMINARIO REGIONALE

“Engaging Patients for Patient Safety”

Coinvolgimento dei pazienti e dei cittadini nella sicurezza delle cure

22 settembre 2023, Bologna

SETTORE INNOVAZIONE NEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI

DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

RACCOLTA DELLE ESPERIENZE REALIZZATE PRESSO LE ORGANIZZAZIONI SANITARIE DELLA REGIONE EMILIA- ROMAGNA IN TEMA DI SICUREZZA DELLE CURE

Call for Good practices 2023 di Agenas

SEMINARIO REGIONALE “Engaging Patients for Patient Safety” Coinvolgimento dei pazienti e dei cittadini nella sicurezza delle cure

22 settembre 2023

La tematica scelta dalla World Health Organization (WHO) per celebrare la quinta Giornata mondiale della sicurezza dei pazienti del 17 settembre 2023 è relativa al coinvolgimento attivo dei pazienti, dei familiari e dalla comunità nella sicurezza delle cure (“*Engaging Patients for Patient Safety*”).

Numerose evidenze dimostrano che, quando i pazienti sono coinvolti attivamente nella propria cura, si ottengono significativi vantaggi in termini di sicurezza, soddisfazione del paziente ed esiti di salute. Diventando partner del team sanitario, i pazienti possono contribuire non solo alla sicurezza delle loro cure ma anche a quella del sistema sanitario nel suo complesso.

L’Organizzazione Mondiale Sanità ha individuato 5 strategie per il coinvolgimento attivo dei pazienti:

1. **Sviluppo di politiche e programmi con i pazienti:** coinvolgere i pazienti, le famiglie e le organizzazioni della società civile nello sviluppo congiunto di politiche, piani, strategie, programmi e linee guida per rendere l’assistenza sanitaria più sicura.
2. **Imparare dall’esperienza del paziente per migliorare la sicurezza:** imparare dall’esperienza di pazienti e famiglie esposti a cure non sicure per migliorare la comprensione della natura del danno e favorire lo sviluppo di soluzioni più efficaci.
3. **Accrescere il ruolo e la capacità di advocacy dei pazienti e familiari** che hanno subito incidenti relativi alla sicurezza (“Patient Advocates” e “Patient Safety Champions”).
4. **Comunicazione trasparente e onesta degli incidenti di sicurezza alle vittime:** stabilire il principio e la pratica della franchezza e della trasparenza in tutta l’assistenza sanitaria, anche attraverso la comunicazione di incidenti di sicurezza del paziente a pazienti e famiglie.
5. **Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie:** fornire informazioni ed educazione ai pazienti e alle famiglie per il loro coinvolgimento nella cura di sé e promuoverne l’empowerment per un processo decisionale condiviso.

Nell’ambito del Seminario regionale che si svolgerà il 22 settembre 2023 a Bologna, organizzato dal Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali della Direzione generale cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia-Romagna, verranno presentate alcune esperienze aziendali che hanno partecipato alla Call for Good practices 2023 di Agenas su questa tematica.

In questo documento sono raccolte tutte le esperienze che hanno partecipato alla Call for Good practices 2023.

Maurizia Rolli
Responsabile
Settore Innovazione servizi sanitari e sociali

Sommario

AZIENDA USL DI PIACENZA	5
<i>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER PAZIENTI CON SCLEROSI MULTIPLA</i>	<i>5</i>
<i>AMBULATORIO DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA PER IL PAZIENTE DIABETICO</i>	<i>7</i>
AZIENDA USL DI PARMA	8
<i>L' ABITARE IN SICUREZZA PER LA SALUTE MENTALE</i>	<i>8</i>
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA	9
<i>IL MODELLO ORGANIZZATIVO DI "PATIENT FAMILY ENGAGEMENT" PROMOSSO NEL CENTRO DI DIABETOLOGIA PEDIATRICA AOUPR E LA SICUREZZA DELLE CURE.....</i>	<i>9</i>
<i>"L'IGIENE DELLE MANI SI IMPARA DA BAMBINI": L'ASSOCIAZIONE GIOCAMICO CON L'AOU DI PARMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE DEI PAZIENTI IN ETÀ PEDIATRICA</i>	<i>11</i>
<i>"IL GIOCO È UNA COSA SERIA" CON GIOCAMICO: CONSENSO INFORMATO E ACCOMPAGNAMENTO PER I BAMBINI/E E RAGAZZI/E CHE DEVONO ESSERE SOTTOPOSTI A RISONANZA MAGNETICA IN AOU DI PARMA</i>	<i>13</i>
<i>LA SEGNALEZIONE POST-DONAZIONE: LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO CON L'AOU DI PARMA PER L'USO SICURO DEL SANGUE</i>	<i>15</i>
<i>GESTIRE L'EMOFILIA A DOMICILIO: UN CORSO DI ABILITAZIONE PER PAZIENTI E CAREGIVERS TENUTO DA MEDICI E INFERMIERI DELL'AOU DI PARMA</i>	<i>17</i>
<i>IL RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E DEI CITTADINI NELLA SICUREZZA DELLE CURE: L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA.</i>	<i>19</i>
AZIENDA USL DI REGGIO EMILIA.....	21
<i>I RECLAMI DEI PAZIENTI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E DELLA SICUREZZA DELLE CURE</i>	<i>21</i>
AZIENDA USL DI MODENA	23
<i>COME MUOVERE E FAR MUOVERE UNA PERSONA CON DIFFICOLTÀ MOTORIE: I CONSIGLI DEL FISIOTERAPISTA</i>	<i>23</i>
<i>LA REVISIONE PARTECIPATA CON I CITTADINI SECONDO I CRITERI DELLA HEALTH LITERACY DI MATERIALE INFORMATIVO SULLA TELEVISITA (TELEMEDICINA)</i>	<i>24</i>
<i>PREVENZIONE DELLE CADUTE E DELLA CONTENZIONE NEI PAZIENTI RICOVERATI IN AZIENDA USL DI MODENA: IL PROGETTO DEL DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E RIABILITAZIONE</i>	<i>26</i>
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI MODENA	28
<i>PRESENTAZIONE AL COMITATO CONSULTIVO MISTO (CCM) DEI CONTENUTI DEL PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE (PPSC)</i>	<i>28</i>
<i>TEMPO VOLONTARIO</i>	<i>30</i>
AZIENDA USL DI BOLOGNA	31
<i>SCUOLA DEL CAREGIVER: INCONTRI PSICOEDUCAZIONALI ON LINE PER FAMILIARI DI PERSONE CON DISTURBO NEUROCOGNITIVO MAGGIORE.....</i>	<i>31</i>
IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA	33
<i>CARE4TODAY: UNA APP PER SUPPORTARE IL RIENTRO A CASA DEI PAZIENTI OPERATI NELLA UO CHIRURGIA TORACICA IRCCS AOU BO</i>	<i>33</i>
IRCCS ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI DI BOLOGNA	35
<i>CONSENSO INFORMATO ATTIVO NELLE PROCEDURE COMPLESSE DI CHIRURGIA VERTEBRALE: UNA SOLUZIONE INNOVATIVA PER MIGLIORARE E MISURARE IN MODO OGGETTIVO LA COMPrensIONE DELLA PERSONA ASSISTITA NEL PROCESSO DECISIONALE CONDIVISO</i>	<i>35</i>

AZIENDA USL DI FERRARA.....	37
<i>INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE PER LA PROMOZIONE DI BUONE PRATICHE ED EMPOWERMENT DELL'UTENTE</i>	37
<i>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA AI PAZIENTI, ALLE FAMIGLIE E ALLA COMUNITÀ: IL RUOLO DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ</i>	38
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA.....	40
<i>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA A PAZIENTI E FAMIGLIE PER LA PREVENZIONE DI CADUTE E CONTENZIONE IN OSPEDALE</i>	40
AZIENDA USL DELLA ROMAGNA	41
<i>IMPLEMENTAZIONE DELLA CONSEGNA AL LETTO IN DEGENZE PER ACUTI</i>	41
<i>PROGRAMMA ERAS IN CHIRURGIA COLO-RETTALE: IL PAZIENTE AL CENTRO DELLE CURE</i>	43
<i>CAMPAGNA COMUNICATIVA DELLA CITTADINANZA ALLA CITTADINANZA PER IL CORRETTO USO DEL PRONTO SOCCORSO</i>	45
<i>IL FARMACISTA CLINICO NELLA TRANSIZIONE DELLE CURE</i>	46
<i>SOSTITUZIONE PEG (GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA) AL DOMICILIO/CRA DA PARTE DEL PROFESSIONISTA INFERMIERE</i>	48
<i>EARLY BOARDING: FACILITAZIONE DEL FLUSSO DEI RICOVERI DA PS E MEDICINA D'URGENZA VERSO UUOO DI DEGENZA MEDICA</i>	50
<i>PROGETTO FORMATIVO PER I CAREGIVER: LA GESTIONE DELLA TRACHEOSTOMIA A DOMICILIO</i>	52
<i>ORGANIZZAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI UN AMBULATORIO A GESTIONE INFERMIERISTICA NEL PRONTO SOCCORSO DI RIMINI SECONDO IL MODELLO SEE AND TREAT</i>	54
<i>COMUNICAZIONE E SOSTEGNO PSICOLOGICO AI PAZIENTI E/O AI FAMILIARI, NONCHÉ AGLI OPERATORI SANITARI COINVOLTI E/O VITTIMA DI EVENTI AVVERSI</i>	55
<i>INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLE FAMIGLIE (AGENTI DI CAMBIAMENTO PER I FIGLI).....</i>	56
<i>"ASCOLTAMI" UN PERCORSO INTEGRATO TRA AREA RISCHIO CLINICO E UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO PER L'ANALISI DELLE SEGNALAZIONI DEI CITTADINI PER LA SICUREZZA DELLE CURE</i>	58
OSPEDALE MONTECATONE REHABILITATION INSTITUTE	59
<i>PREVENIAMO LE INFEZIONI (ICA-INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA)</i>	59
IRCCS ISTITUTO ROMAGNOLO PER LO STUDIO DEI TUMORI "DINO AMADORI"	60
<i>IMPLEMENTAZIONE DELL' AMBULATORIO IMPIANTO PORT A CATH TORACICO: MISURE DI IGIENE E ASSISTENZA PER RIDUZIONE RISCHIO INFETTIVO E COMPLICANZE; TARGETING ZERO</i>	60
FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI ONLUS DI PARMA	62
<i>PROGETTO CASA SICURA</i>	62

AZIENDA USL di PIACENZA	
TITOLO ESPERIENZA	
<i>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER PAZIENTI CON SCLEROSI MULTIPLA</i>	
Referente esperienza	
Giuseppe Arcari - g.arcari@ausl.pc.it	
Strategia OMS	
Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie	
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input checked="" type="checkbox"/>
Abstract	
<p>Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) descrive le modalità di presa in carico, nella provincia di Piacenza, delle persone affette da sclerosi multipla. Il paziente è seguito da un Centro specialistico dedicato entro cui opera un'équipe multidisciplinare composta da neurologi, radiologi, fisiatra, fisioterapisti, psicologi, oculisti, otorinolaringoiatri, logopedista, terapia del dolore e palliativisti, nonché infermieri dedicati, che hanno acquisito specifiche competenze sulla patologia. L'apporto di numerose figure specialistiche integrate fra loro è di fondamentale importanza per affrontare i numerosi problemi posti dalla malattia e per personalizzare il progetto terapeutico rispetto al singolo caso. Il percorso inizia con la visita neurologica che si completa successivamente con la scelta di una strategia farmacologica appropriata. Il neurologo comunica direttamente alla persona l'esito degli accertamenti e la presenza della patologia, con il supporto dello psicologo, se necessario. Durante i primi incontri, il neurologo presenta l'équipe del centro sclerosi multipla e informa il paziente del percorso aziendale. Dopo la comunicazione della diagnosi si programma, in accordo con la persona, un percorso terapeutico, riabilitativo, assistenziale personalizzato, con controlli periodici e la prescrizione di eventuale terapia.</p> <p>La gestione del paziente avviene anche in ambito domiciliare per garantire uniformità di cura anche ai pazienti non trasportabili o con situazioni sociali particolarmente complesse. A seconda del grado di gravità vengono introdotti diversi professionisti e quindi interventi diversificati.</p> <p>L'équipe ospedale-territorio si incontra una volta ogni due mesi per la discussione dei casi.</p> <p>Il team multidisciplinare collabora con l'Associazione Sclerosi Multipla di Piacenza.</p>	
Obiettivi	
<i>FASE PRE-DIAGNOSTICA</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Assicurare al paziente un percorso aziendale che garantisca una precoce identificazione dei sintomi di esordio e un veloce invio al Centro SM per il completamento diagnostico 	
<i>DIAGNOSI</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Garantire al paziente una tempestiva presa in carico da parte del Centro SM Aziendale come coordinatore dell'iter diagnostico; - Assicurare un'adeguata comunicazione della diagnosi e informazione al paziente con SM, con relativa certificazione di esenzione per patologia; 	
<i>FOLLOW UP</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Garantire una presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale del paziente con SM da parte dell'équipe integrata ospedale-territorio, che periodicamente si incontra e discute casi clinici - Assicurare a tutti i pazienti con SM visite neurologiche e fisiatriche periodiche, anche presso il domicilio/struttura residenziale per i pazienti non trasportabili - Garantire la continuità assistenziale del paziente con SM attraverso indagini diagnostiche (radiologiche, laboratoristiche) periodiche e l'attivazione di percorsi facilitati verso i servizi aziendali più coinvolti nel percorso di cura - Condivisione a livello aziendale degli aspetti da contemplare nei percorsi certificativi - Formalizzazione e implementazione a livello aziendale del protocollo di esecuzione di diagnostica radiologica per pazienti con sospetta o accertata SM. 	
Benefici	
<ul style="list-style-type: none"> - Tempestività della conclusione dell'iter diagnostico per i pazienti che si rivolgono all'AUSL di Piacenza con sospetto di sclerosi multipla 	

- Continuità assistenziale dei pazienti con l'esecuzione di valutazioni neurologiche e fisiatriche periodiche
- Presa in carico multidisciplinare attraverso l'effettuazione di equipe periodiche dei diversi professionisti coinvolti nel Percorso
- Personalizzazione del processo di cura coinvolgendo il paziente ed i familiari
- Mantenimento della miglior qualità di vita possibile, compatibilmente con l'evoluzione della patologia

Coinvolgimento del paziente

Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica:

Paziente/i

Famigliare/i

Rappresentante/i del paziente

Organizzazione/i del paziente

Il paziente/cittadino viene coinvolto durante la pratica clinica

Risultati

I risultati sono riportati nella verifica semestrale 2023 degli indicatori e sono i seguenti:

- N. pazienti con iter diagnostico concluso entro tre mesi / N. tot. pazienti con nuove diagnosi nell'anno di rilevazione: 100%
- N. pazienti ambulatoriali trasportabili valutati periodicamente (semestralmente) dal fisiatra / N. tot. pazienti ambulatoriali trasportabili in carico: 95%
- N. pazienti ambulatoriali trasportabili valutati periodicamente (semestralmente) dal neurologo / N. tot. pazienti ambulatoriali trasportabili in carico: 98%
- N. pazienti non trasportabili valutati periodicamente (annualmente) dal fisiatra / N. tot. pazienti non trasportabili in carico: 70%
- N. pazienti non trasportabili valutati periodicamente (annualmente) dal neurologo / N. tot. pazienti non trasportabili in carico: 90%
- N. pazienti ambulatoriali trasportabili con presa in carico riabilitativa entro 60 giorni dalla richiesta / N. pazienti ambulatoriali trasportabili in carico con richiesta di trattamento riabilitativo: 100%
- N. pazienti non trasportabili domiciliari con presa in carico riabilitativa entro 60 giorni dalla richiesta / N. tot. pazienti non trasportabili domiciliari in carico con richiesta di trattamento riabilitativo: 50%
- N. pazienti presi in carico nel PDTA / N. residenti con esenzione per SM: 78%
- N. equipe multidisciplinari effettuate nel periodo / N. equipe multidisciplinari previste nel periodo (6/anno): 100%

AZIENDA USL di PIACENZA	
TITOLO ESPERIENZA	
AMBULATORIO DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA PER IL PAZIENTE DIABETICO	
Referente esperienza Giuseppe Arcari - g.arcari@ausl.pc.it	
Strategia OMS Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie	
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input checked="" type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract Per la persona affetta da diabete è fondamentale raggiungere l'autonomia necessaria a gestire la propria condizione. L'educazione terapeutica del paziente diabetico ha lo scopo di fare apprendere nuove nozioni, nuovi comportamenti, nuovi modi di essere e adattarli continuamente alla propria vita per gestire in sicurezza farmaci e dispositivi medici.	
Obiettivi L'obiettivo è dato dalla presa in carico del paziente diabetico, mediante programmi di educazione strutturata documentabili e monitorabili, nella prospettiva che il paziente reso consapevole ed esperto, sia in grado di gestire la propria patologia e migliorare la propria qualità di vita. Il raggiungimento dell'autonomia necessaria a gestire la propria condizione è l'obiettivo principale dell'Ambulatorio di Educazione che ha lo scopo di fare apprendere nuove nozioni, nuovi comportamenti, nuovi modi di essere e adattarli continuamente alla propria vita.	
Benefici	
<ul style="list-style-type: none"> - Capacità di gestione della malattia - Coinvolgimento nella cura di sé - Maggior adesione al percorso terapeutico - Diminuzione delle complicanze - Riduzione degli accessi in urgenza 	
Coinvolgimento del paziente	
Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica Paziente/i Famigliare/i Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'applicazione della pratica	
Risultati I risultati ottenuti dal monitoraggio della compliance del paziente sono valutati ad ogni accesso del paziente c/o l'ambulatorio attraverso un'attività di valutazione svolta dall'infermiere dedicato, ma non ancora formalizzati in una reportistica strutturata.	

AZIENDA USL DI PARMA	
TITOLO ESPERIENZA	
<i>L' ABITARE IN SICUREZZA PER LA SALUTE MENTALE</i>	
Referente esperienza Cristina Azzali e Patrizia Antonella Ceroni - pceroni@ausl.pr.it	
Strategia OMS Accrescere il ruolo e la capacità di advocacy dei pazienti e familiari	
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input checked="" type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract È stato realizzato un percorso pluriennale per verificare ed implementare la qualità e la sicurezza nei progetti riabilitativi domiciliari dei pazienti in carico ai servizi di salute mentale, a seguito di segnalazioni di eventi critici. È stato realizzato un audit sul tema della sicurezza ambientale degli alloggi e sull'appropriatezza dei percorsi riabilitativi delle persone che li abitano, con il coinvolgimento attivo degli stessi. Ne sono scaturite azioni di miglioramento comprese iniziative di formazione congiunta tra operatori dei servizi e utenti, oggetto di successivo audit che ha registrato un globale miglioramento rispetto alla sicurezza ambientale e comportamentale ed alla qualità dei percorsi riabilitativi domiciliari.	
Obiettivi Migliorare l'appropriatezza dei percorsi riabilitativi domiciliari asse abitare in alloggi messi a disposizione di pazienti in cura presso i servizi territoriali della salute mentale, in riferimento agli ambiti clinico-assistenziali ed alla sicurezza delle cure, anche attraverso il coinvolgimento attivo e la formazione dei pazienti coinvolti.	
Benefici <ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento della qualità dei progetti domiciliari anche in tema di sicurezza e prevenzione del rischio. - Adeguamento ambientale. - Riduzione degli eventi critici e dei rischi. - Coinvolgimento attivo dei pazienti anche nelle iniziative educative e formative. 	
Coinvolgimento del paziente Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica: <ul style="list-style-type: none"> - Paziente/i - Organizzazione dei pazienti Il paziente/cittadino viene coinvolto durante la co progettazione e nell'attività pratica	
Risultati <ul style="list-style-type: none"> - Criterio 1. Sicurezza ambientale Check list "Sicurezza Alloggio" audit 2020: 87% vs re-audit 2021: 100% - Criterio 2. Corretta applicazione delle procedure dipartimentali Check list "Documentazione progetto" audit 2020: 43% vs re-audit 2021: 100% 	

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA di PARMA

TITOLO ESPERIENZA

IL MODELLO ORGANIZZATIVO DI "PATIENT FAMILY ENGAGEMENT" PROMOSSO NEL CENTRO DI DIABETOLOGIA PEDIATRICA AOUPR

Referente esperienza

Icilio Dodi e Brunella Iovane - idodi@ao.pr.it

Strategia OMS

Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie

Ambito

Ambito ospedaliero

Ambito territoriale

Ambito ospedale-territorio

Abstract

Dal 2017 presso il Centro di Diabetologia Pediatrica AOUPR è stato adottato un modello organizzativo ed assistenziale definito "Patient Family Engagement" ovvero Educazione Terapeutica Strutturata erogata da un Team multidisciplinare dedicato per migliorare l'appropriatezza e la sicurezza della presa in carico dei pazienti. Il coinvolgimento del giovane paziente e della sua famiglia avviene attraverso molte interfacce, setting di cura e strumenti quali: a) la telemedicina, b) l'attività di una infermiera "pivot" dedicata (Progetto Regionale) per la fase di accoglienza (esordio clinico) e per le dimissioni, c) Presenza documentazione sanitaria presso il Centro di Diabetologia Pediatrica mirata a monitoraggio della sicurezza delle hand-over e delle comunicazioni fra vari attori e setting terapeutici e dei processi; d) Lavoro con la rete socio-sanitaria e incontri periodici strutturati dall'équipe del Centro di Diabetologia Pediatrica; e) Stretta collaborazione con l'Associazione Giovani con Diabete (AGD) di Parma, che da oltre 35 anni affianca l'équipe e per sostenere attivamente le famiglie di giovani con diabete.

I risultati di uno studio osservazionale svolto dal luglio 2018 a giugno 2022 presso il Centro di Diabetologia Pediatrica AOUPR, supportano la bontà del modello organizzativo "Patient Family Engagement"; infatti, nell'arco di tempo considerato, comprensivo degli anni di pandemia COVID-19, si è registrata una migliore aderenza terapeutica dei pazienti e della loro famiglia, osservabile attraverso:

- una riduzione statisticamente significativa della durata dei giorni di ricovero.
- riduzione significativa dei pazienti che subiscono un secondo ricovero per scompenso glicemico nel periodo di tempo considerato.

Tali esiti, certamente soddisfacenti per il benessere del bambino e la sua famiglia per appropriatezza clinica, rappresentano anche un indicatore di migliore efficienza e sostenibilità per il SSN. Lo stesso studio ha tuttavia mostrato anche che i pazienti stranieri e adolescenti sono più a rischio di non-compliance alle terapie e inappropriatezza.

Nel tentativo di migliorare ulteriormente il coinvolgimento degli utenti allora l'Associazione AGD Parma ha pertanto deciso di investire parte delle proprie risorse, per realizzare una guida tradotta nelle quattro lingue più rappresentate nel territorio di Parma: inglese, francese, arabo e punjabi. La guida spiega come affrontare il diabete di tipo 1 durante il ricovero del bambino e fornisce le informazioni necessarie a conoscere e gestire la patologia a domicilio.

Obiettivi

Verificare come l'applicazione del modello 'Patient Family Engagement' in Diabetologia Pediatrica possa migliorare la presa in carico del paziente con diabete:

- Ottimizzare l'aderenza terapeutica e la compliance dei pazienti e dei loro familiari migliorando il controllo glicemico
- Ridurre i tempi di ricovero e quindi restituire nel minor tempo possibile alla sua quotidianità il bambino e la sua famiglia.
- Favorire la comprensione, l'accettazione e l'adattamento dei pazienti e delle famiglie nei loro ambienti di vita, grazie alla continuità clinica garantita dalla telemedicina
- Sostenere l'apprendimento sicuro dei pazienti e dei loro familiari monitorando in tempo reale la gestione della terapia ed intercettando le non conformità.
- Abbattimento barriera linguistica per favorire l'accesso ai servizi

Benefici

Nella gestione del diabete pediatrico, il "Patient Family Engagement", attraverso una Educazione Terapeutica Strutturata erogata da un Team multidisciplinare dedicato, migliora la presa in carico dei pazienti e la sicurezza delle

cure e comporta una riduzione dei tempi medi di degenza. L'introduzione di un modello di questo tipo rappresenta una priorità in ambito sanitario per garantire la sostenibilità futura del SSN.

Dai dati analizzati emergono come categorie a rischio per minor aderenza alle cure i soggetti in età adolescenziale e i soggetti stranieri. È necessario, pertanto, che il team di cura rivolga particolare attenzione a tali soggetti, sviluppando strumenti mirati per il supporto di tali pazienti (materiale educativo e informativo multi-lingue, incremento dell'intensità delle cure attraverso percorsi clinici convenzionali o di telemedicina, utilizzo della tecnologia a supporto del diabete).

Il modello "Patient Family Engagement" favorisce la presa in carico del bambino dall'esordio della patologia diabetica in ospedale fino alla transizione al servizio dell'adulto, durante tutto il percorso di cura.

Proprio in considerazione di tale dato, recentemente, in collaborazione con AGD Parma, è stato tradotto in più lingue il materiale educativo e informativo che viene consegnato al paziente e alla famiglia al momento del ricovero in ospedale.

Coinvolgimento del paziente

Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica:

- Paziente
- Familiari
- Associazioni di pazienti

Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'implementazione della pratica

Risultati

Dati di processo: a) Soddisfazione dell'utenza e continuità delle cure:

N. pazienti in carico stabilmente al Centro di Diabetologia Pediatrica / mobilità sanitaria

hanno cambiato servizio solo 2 pazienti su 200 negli ultimi 20 anni. Sono in carico pazienti non solo del territorio di Parma ma anche da altre Province e Regioni

Dati di esito: Sull'efficacia del modello organizzativo di "Patient Family Engagement" è stato svolto uno studio osservazionale retrospettivo sui dati di archivio riferiti a tutti i pazienti di età pediatrica ricoverati per diabete mellito, sia per esordio di patologia che per scompenso glicemico, nel periodo da luglio 2018 a giugno 2022. Sono stati raccolti i dati riferiti a 64 pazienti, che hanno avuto un ricovero per patologia diabetica nel periodo 07/2018 – 06/2022. La distribuzione del genere ha evidenziato che 34 erano femmine e 30 erano maschi. Dal 2018, anno in cui il modello "Patient Family Engagement" è entrato a pieno regime, si è registrato un calo graduale della mediana delle giornate di degenza. Valutando la possibilità di un successivo ricovero per scompenso glicometalico ('revolving door'), la variabile età e la variabile nazionalità sono risultate predittive di tale esito. In particolare, la possibilità di un successivo ricovero è maggiore negli stranieri e nei soggetti in età adolescenziale. Si segnala come il tasso di ricovero successivo sia pari all'11% della popolazione presa in esame, rispetto al 24% del periodo precedente (anno 2016). Tali risultati, certamente soddisfacenti per il benessere del bambino e la sua famiglia, rappresentano anche un parametro di sostenibilità per il SSN. Lo stesso studio ha tuttavia mostrato che i pazienti stranieri e adolescenti sono più a rischio di non-compliance alle terapie e inappropriately. Infatti, la regressione logistica per calcolo di associazione tra variabili socio-anagrafiche e rischio di secondo ricovero per scompenso glicemico: in particolare, la possibilità di un successivo ricovero è maggiore negli stranieri ($p < .016$) e nei soggetti in età adolescenziale ($p < .016$). L'Associazione AGD Parma ha pertanto deciso di investire parte delle proprie risorse, per realizzare assieme all'équipe del Centro una guida tradotta nelle quattro lingue più rappresentate nel territorio di Parma: inglese, francese, arabo e punjabi. La guida presentata a maggio 2023 spiega come affrontare il diabete di tipo 1 durante il ricovero del bambino e fornisce le informazioni necessarie a conoscere e gestire la patologia a domicilio. La nazionalità e l'età sono variabili importanti e sulla quale sviluppare il self management in quanto predittivi per un revolving door. Proprio in considerazione di tale dato, recentemente, in collaborazione con AGD Parma, è stato tradotto in più lingue il materiale educativo e informativo che viene consegnato al paziente e alla famiglia al momento del ricovero in ospedale.

Dati raccolti nel periodo di lock-down legato alla pandemia da Sars-Cov-2, hanno mostrato come la telemedicina costituisca uno strumento sicuro ed efficace nella gestione del paziente diabetico in età pediatrica. -

Lazzeroni P, Bernardi L, Pecora F, Motta M, Bianchi L, Ruozzi MB, Giacometti A, Venezia S, Dodi I, Iovane B. Diabetic ketoacidosis at type 1 diabetes onset: indirect impact of COVID-19 pandemic. Acta Biomed. 2020 Nov 17;91(4): e2020193. doi: 10.23750/abm.v91i4.10943. PMID: 33525255; PMCID: PMC7927550.

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA di PARMA

TITOLO ESPERIENZA

"L'IGIENE DELLE MANI SI IMPARA DA BAMBINI": L'ASSOCIAZIONE "GIOCAMICO" CON L'AOU DI PARMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE DEI PAZIENTI IN ETÀ PEDIATRICA

Referente esperienza

Giovanna Campaniello e Pietro Vitali - gcampaniello@ao.pr.it

Strategia OMS

Sviluppo di politiche e programmi con i pazienti

Ambito

Ambito ospedaliero

Ambito territoriale

Ambito ospedale-territorio

Abstract

Non c'è nulla di più difficile di modificare delle abitudini consolidate. Per questo è importante insegnare buone e sane abitudini già ai bambini: in questo modo, sarà più facile che le mantengano anche da adulti e curino al meglio la propria salute. L'igiene delle mani è "un'abitudine semplice, ma di fondamentale importanza, che deve entrare nella quotidianità di tutti", fin dall'infanzia. È necessario mantenere alta l'attenzione e continuare a sensibilizzare ed informare sull'importanza di questa abitudine, sia negli ambienti sanitari che in tutti gli altri luoghi di vita.

Il lavaggio delle mani può limitare le epidemie di malattie anche nella popolazione pediatrica oltre che ridurre le infezioni nosocomiali di oltre il 50%. Il "Global Handwashing Day" è stato dedicato ad aumentare la consapevolezza e la comprensione dell'importanza del lavaggio delle mani con il sapone quale modo efficace ed economico per prevenire le malattie. Dal 1998 l'Associazione Giocamico collabora dell'AOU di Parma per sostenere fattivamente l'umanizzazione delle cure rivolte ai bambini che accedono e fruiscono delle cure ospedaliere. Dal 2019 al 2023 (eccetto il 2020) in occasione del 5 maggio "Giornata mondiale dell'igiene delle mani" l'UO Igiene Ospedaliera, Medicina Preventiva e sicurezza igienico sanitaria con la SSD Governo clinico, gestione del rischio e i volontari dell'Associazione Giocamico hanno coinvolto un totale di circa 120 pazienti minori ricoverati e loro caregivers, attraverso diverse attività per sostenere la campagna di sensibilizzazione per l'igiene delle mani. Le attività sono state il gioco per l'educazione sanitaria, l'espressione artistica e la comunicazione sociale. L'iniziativa avviata nel 2019, si è consolidata nel corso e a seguito degli eventi pandemici, che hanno evidenziato l'utilità della diffusione di pratiche igienico-sanitarie efficaci per l'igienizzazione delle mani per tutta la popolazione generale, non solo per prevenire le infezioni nel contesto ospedaliero ma anche nella popolazione pediatrica e generale.

L'iniziativa ha coinvolto complessivamente circa 120 pazienti in età pediatrica ed i loro familiari. Gli elaborati artistici ed i video prodotti sono stati diffusi all'interno delle televisioni a disposizione degli utenti nelle stanze di degenza e nelle sale di attesa (circa n=50).

A partire dall'anno 2019 in cui per la prima volta sono stati coinvolti i bambini e i genitori nelle iniziative per sostenere la giornata dell'Igiene delle Mani (5 maggio) è emerso che nei reparti coinvolti nel mese di maggio è aumentato il consumo medio dei flaconi di gel idroalcolico di 8 unità da 500 ml rispetto al mese precedente in cui l'iniziativa non era ancora avviata. Tuttavia, occorre considerare che il risultato di aumentato consumo non è riferibile a tutti i reparti coinvolti; del resto, il gel idroalcolico resta solo una delle modalità proposte per la profilassi ed era previsto anche il lavaggio al lavandino.

Il video prodotto è stato diffuso sul sito dell'AOU di Parma, condiviso con le Associazioni del Comitato Consultivo Misto.

Obiettivi

- Favorire l'acquisizione di precauzioni di sicurezza igienica efficaci da parte di pazienti di diverse fasce di età pediatrica;
- Sensibilizzare pazienti e caregiver circa l'importanza di praticare il lavaggio mani per sostenere attivamente la sicurezza delle cure assieme ai professionisti sanitari;
- Favorire una cultura della sicurezza fra pari, con un metodo fra pari child-to-child, trasformando i bambini in agenti attivi di cambiamento culturale;
- Prevenire e ridurre le Infezioni Correlate all'Assistenza all'interno del setting sanitario attraverso la diffusione di pratiche di lavaggio mani standard

Benefici

- Sostenere l'empowerment e la partecipazione attiva dei minori ai processi di cura, quali agenti attivi di comunicazione sanitaria e sostenitori di una cultura della sicurezza
- Sostenere la messa in atto fattiva di pratiche efficaci di lavaggio mani fra i pazienti ricoverati e caregiver, per sostenere il contenimento di infezioni correlate all'assistenza e la sicurezza delle cure rivolte al paziente
- Favorire l'apprendimento di tecniche di lavaggio mani appropriate, utili anche in contesti extraospedalieri e nella comunità.

Coinvolgimento del paziente

Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica

- Pazienti
- Famiglia
- CCM

Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'applicazione della pratica

Risultati

Indicatori di processo: l'iniziativa avviata nel 2019, si è consolidata nel corso e a seguito degli eventi pandemici, che hanno evidenziato l'utilità della diffusione di pratiche igienico-sanitarie efficaci per l'igienizzazione delle mani per tutta la popolazione generale, non solo per prevenire le infezioni nel contesto ospedaliero ma anche nella popolazione pediatrica e generale.

- L'iniziativa ha coinvolto complessivamente circa 120 pazienti in età pediatrica ed i loro familiari. Gli elaborati artistici ed i video prodotti sono stati diffusi all'interno delle televisioni a disposizione degli utenti nelle stanze di degenza e nelle sale di attesa (circa n=50).

-Il video prodotto è stato diffuso sul sito dell'AOU di Parma, condiviso con le Associazioni del CCM

Dati di esito: i bambini sono diventati promotori attivi di messaggi di promozione dell'igiene delle mani, producendo materiali di comunicazione sociale per sostenere il cambiamento culturale.

- L'iniziativa ha coinvolto complessivamente circa 120 pazienti in età pediatrica ed i loro familiari che hanno appreso in modo ludico tecniche efficaci di lavaggio mani standard.
- Quale indicatore proxy del comportamento di igiene delle mani e di conseguente miglioramento della profilassi è stato considerato il consumo di gel idroalcolico nei 4 reparti di riferimento per la degenza pediatrica presenti nell'Ospedale dei Bambini. A partire dall'anno 2019 in cui per la prima volta sono stati coinvolti i bambini e i genitori nelle iniziative per sostenere la giornata dell'Igiene delle Mani (5 maggio) è emerso che in tutti i reparti nel mese di maggio è aumentato il consumo medio dei flaconi di 8 unità da 500 ml rispetto al mese precedente in cui l'iniziativa non era ancora avviata. Tuttavia, occorre considerare che il valore medio di aumento del consumo non è omogeneo per tutti i reparti coinvolti; del resto, il gel idroalcolico resta solo una delle modalità proposte per la profilassi.

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA di PARMA

TITOLO ESPERIENZA

"IL GIOCO È UNA COSA SERIA" CON GIOCAMICO: CONSENSO INFORMATO E ACCOMPAGNAMENTO PER I BAMBINI/E E RAGAZZI/E CHE DEVONO ESSERE SOTTOPOSTI A RISONANZA MAGNETICA IN AOU DI PARMA

Referente esperienza

G. Campaniello e Corrado Vecchi - gcampaniello@ao.pr.it giocamico@giocamico.it

Strategia OMS

Sviluppo di politiche e programmi con i pazienti

Ambito

Ambito ospedaliero



Ambito territoriale



Ambito ospedale-territorio



Abstract

Il progetto "Conoscere il Dr. Nanza" nasce nel marzo 2007 come progetto di preparazione alla risonanza magnetica nucleare dei bambini e dei loro genitori prima nei reparti di medicina nucleare e quindi radiologia dell'AOUPR, su iniziativa dell'Associazione Giocamico ODV.

I bambini che vivono l'esperienza della risonanza magnetica spesso manifestano elevati livelli di ansia e di paura causati dall'affrontare un'esperienza sconosciuta che chiederà loro di stare immobili per un lungo periodo di tempo e con rumori in sottofondo molto forti che possono rendere difficile il compito a loro assegnato. È necessario quindi preparare i piccoli pazienti ad affrontare il suddetto percorso diagnostico attraverso un'attività di gioco, con l'utilizzo di presidi medici.

Prima di effettuare la prenotazione, gli operatori dell'accettazione invitano i genitori a mettersi in contatto con gli operatori del progetto Giocamico al fine di effettuare la preparazione per verificare se sia possibile effettuare la RMN senza anestesia. Questo comporta una forte diminuzione dei tempi di attesa per i bambini e le loro famiglie.

Gli operatori, il giorno stabilito dell'esame, rivedranno il bambino e lo intratterranno con attività ludiche e ricreative, nell'attesa dello svolgimento dello stesso. In questo modo anche i genitori potranno essere sollevati dall'ansia e dalla preoccupazione contingente.

Dal 2007 (data di avvio del progetto) alla fine del 2009 sono stati 1.448 i piccoli pazienti che hanno effettuato indagini diagnostiche tramite risonanza magnetica nucleare. Di questi, grazie anche al supporto degli operatori di Giocamico, 752 hanno svolto l'esame senza interventi di anestesia (51,9%).

Nel 2019 sono stati 155 preparati esterni di cui 127 senza sedazione (81,9%).

È quindi possibile osservare una progressiva ulteriore diminuzione nel corso degli anni delle pratiche sedative necessarie per lo svolgimento dell'esame in condizioni sicure per i minori.

Il progetto si è diffuso in altre realtà sanitarie nel corso degli anni in cui è stato chiesto agli operatori di Giocamico di formare altri operatori per adattare la metodologia ad altri contesti locali.

Obiettivi

Rispetto alla sicurezza delle cure il progetto garantisce un migliore accesso ai servizi diagnostici per la popolazione pediatrica ed un uso più efficiente delle risorse grazie alla diminuzione dei tempi di attesa per i bambini e le loro famiglie, derivanti dal non utilizzo di sedazione ed un miglioramento di appropriatezza.

Benefici

Organizzazione:

- favorire e sostenere le risorse personali e di contesto
- uso più efficiente delle risorse grazie alla diminuzione dei tempi di attesa derivanti dal non utilizzo di sedazione (con relativi tempi di preparazione)

Professionisti:

- Sostenere l'équipe sanitaria multiprofessionale nella comunicazione con i bambini, dal consenso informato all'esecuzione della procedura diagnostica

Paziente e familiari:

- tutelare il diritto dei bambini di essere a conoscenza di ciò che riguarda la loro salute, ognuno per quanto possibile, in modo compatibile all'età, al dato emotivo e alle risorse;

- favorire e sostenere le risorse personali e di contesto, facilitando un posizionamento attivo ed empowered del piccolo paziente all'interno del suo percorso di cura;
- tutelare il diritto dei bambini di essere a conoscenza di ciò che riguarda la loro salute, ognuno per quanto possibile, in modo compatibile all'età, al dato emotivo e alle risorse;
- permettere ai bambini e alle bambine di conoscere preventivamente la procedura (necessità di rimanere immobili, i suoni incontrati, la posizione in cui dovranno rimanere) che successivamente incontreranno nel momento dell'esame;
- permettere al bambino e ai genitori di potersi adattare all'ambiente ospedaliero, solitamente fonte di paura;
- offrire contenimento emotivo per piccoli e adulti in un momento dove ansia e preoccupazione, solitamente, sono di difficile gestione.

Coinvolgimento del paziente

Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica

- Paziente
- Famiglia
- Associazione

Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'applicazione pratica

Risultati

Dal 2007 (data di avvio del progetto) alla fine del 2009 sono stati 1.448 i piccoli pazienti che hanno effettuato indagini diagnostiche tramite risonanza magnetica nucleare. Di questi, grazie anche al supporto degli operatori di Giocamico, 752 hanno svolto l'esame senza interventi di anestesia (51,9%).

Nel 2019 sono stati 155 preparati esterni di cui 127 senza sedazione (81,9%).

È quindi possibile osservare una progressiva ulteriore diminuzione nel corso degli anni delle pratiche sedative necessarie per lo svolgimento dell'esame in condizioni sicure per i minori.

Il progetto si è diffuso in altre realtà sanitarie nel corso degli anni in cui è stato chiesto agli operatori di Giocamico di formare altri operatori per adattare la metodologia ad altri contesti locali.

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA di PARMA

TITOLO ESPERIENZA

LA SEGNALAZIONE POST-DONAZIONE: LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO CON L'AOU DI PARMA PER L'USO SICURO DEL SANGUE

Referente esperienza

Maurizio Soli - msoli@ao.pr.it

Strategia OMS

Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie

Ambito

Ambito ospedaliero

Ambito territoriale

Ambito ospedale-territorio

Abstract

Dal donatore devono essere raccolte informazioni relative al suo stato di salute ed a comportamenti che possono avere rilevanza per la qualità e la sicurezza del sangue e degli emocomponenti. Il coinvolgimento del donatore di sangue ed emoderivati mette al centro la cultura della segnalazione di criticità per la sicurezza del processo e fa del consenso informato alla donazione un momento di importante responsabilizzazione del donatore. Nel consenso informato è previsto che il donatore fornisca notizie personali riservate, ma anche molto importanti per decidere sulla fattibilità della donazione e sul tipo di donazione indicata e pertanto è necessaria la massima sincerità e accuratezza, che è la base per la sicurezza del sangue donato. Il momento della donazione rappresenta anche un'importante occasione di educazione sanitaria alla sicurezza per il donatore, che può essere incoraggiato ad apprendere e a segnalare sia situazioni di rischio infettivo precedenti al momento del dono.

Il donatore di sangue ed emoderivati, nella eventualità che anche successivamente al prelievo di sangue manifesti una malattia, specie se infettiva, deve dare pronta comunicazione al personale medico del SIT o della Unità di Raccolta che ha effettuato il prelievo. Questa comunicazione quanto più sarà precoce, meglio permetterà di evitare l'impiego dell'unità donata e di prevenire la trasmissione dell'infezione al ricevente. In alternativa, a trasfusione avvenuta, permetterà di mettere in opera le possibili contromisure per impedire lo sviluppo della malattia e, in ogni caso, consentirà di cogliere i primi segni e di avviare la più adatta terapia, così da ridurre la gravità delle manifestazioni e indurre una più rapida guarigione.

- le Associazioni AVIS provinciale Parma e FIDAS-ADAS Parma in collaborazione con i professionisti dell'Immunoematologia e trasfusionale dell'AOU di Parma hanno predisposto e aggiornato opuscoli (si allega "PER DONARE INFORMATI" Data /2016 - Rev. 2) diffusi su tutto il territorio provinciale;
- gli opuscoli vengono distribuiti agli aspiranti donatori in fase di prima iscrizione, molto precedente alla donazione, per sostenere il consenso informato;
- gli opuscoli sono finalizzati a sostenere l'informazione e educazione dei donatori per promuovere la sicurezza delle cure, sostenendo il passaggio strutturato delle informazioni per la sicurezza e la segnalazione nel consenso informato;
- Il materiale informativo aggiornato, oltre a spiegare le caratteristiche essenziali del sangue e le procedure di donazione si sofferma sull'importanza della prevenzione del rischio infettivo, e così sull'importanza della celere segnalazione da parte del donatore anche circa il manifestarsi di una malattia dopo la donazione.

Grazie alla cultura della sicurezza e sensibilizzazione dei donatori sull'importanza di prevenire tutti i rischi infettivi, sono pervenute all'Immunoematologia e trasfusionale dell'AOU di Parma segnalazioni di malattie o sintomi postumi alla donazione afferenti a tutto il territorio provinciale. È in corso l'aggiornamento dei materiali informativi distribuiti con tutte le Associazioni coinvolte nel processo di donazione di sangue ed emoderivati. A partire dal 2019 la prevalenza media delle segnalazioni monitorata è stata pari a 4,4 ogni 10.000 unità raccolte. Il massimo delle segnalazioni è stato raggiunto nel 2020 nel corso della pandemia COVID-19, con 8,4 segnalazioni pervenute ogni 10.000 unità raccolte. Nei primi sei mesi del 2023 le segnalazioni sono state già pari a 4,4*10.000 e sono già quasi raddoppiate rispetto ai dati annui del 2019 (2,5*10.000) a supporto del consolidarsi della buona pratica. Tutte le segnalazioni hanno permesso di intercettare casi di sospetto rischio infettivo e di permetterne la gestione appropriata contenendo fattivamente n=47 possibili episodi di infezioni correlate all'assistenza solo negli ultimi 4 anni.

Obiettivi

Il PDI, previa comunicazione del donatore di Sangue, serve ad eliminare emocomponenti validati ma dichiarati non

<p>idonei successivamente alla donazione, al fine di evitare la trasfusione di unità potenzialmente dannose al paziente ricevente.</p>
<p>Benefici Possibilità di evitare effetti indesiderati ai pazienti trasfusi e così le infezioni correlate all'assistenza, in particolare di malattie trasmesse attraverso la trasfusione, e successivo meno impegno clinico e finanziario nella gestione successive del paziente ricevente.</p>
<p>Coinvolgimento del paziente Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica: - Donatori - Associazioni Il paziente/cittadino viene coinvolto durante la progettazione della pratica</p>
<p>Risultati <u>Indicatori di processo:</u> All'Immunoematologia e trasfusionale dell'AOU di Parma pervengono dai donatori le segnalazioni di malattie o sintomi anche postumi alla donazione afferenti a tutto il territorio provinciale, a dimostrazione dell'avvenuta sensibilizzazione dei donatori sull'importanza di prevenire tutti i rischi infettivi con una prevalenza media pari a 4,4 ogni 10.000 unità raccolte. È in corso l'aggiornamento dei materiali informativi distribuiti con tutte le Associazioni coinvolte nel processo di donazione di sangue ed emoderivati. <u>Indicatori di esito:</u> - Il massimo delle segnalazioni è stato raggiunto nel 2020, con 8,4 segnalazioni pervenute ogni 10.000 unità raccolte. Nei primi sei mesi del 2023 le segnalazioni sono state già pari a 4,4*10.000 e sono già quasi raddoppiate rispetto ai dati annui del 2019 (2,5*10.000). - Tutte le segnalazioni hanno permesso di intercettare casi di sospetto rischio infettivo e di permetterne la gestione appropriata contenendo in n=47 possibili episodi di infezioni correlate all'assistenza solo negli ultimi 4 anni.</p>

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA di PARMA	
TITOLO ESPERIENZA	
<i>GESTIRE L'EMOFILIA A DOMICILIO: UN CORSO DI ABILITAZIONE PER PAZIENTI E CAREGIVERS TENUTO DA MEDICI E INFERMIERI DELL'AOU DI PARMA</i>	
Referente esperienza	
Annarita Tagliaferri - atagliaferri@ao.pr.it	
Strategia OMS	
Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie	
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract	
<p>L'emofilia è una malattia congenita rara (1 ogni 10000 e 1 ogni 30000 neonati maschi per l'emofilia A e B, rispettivamente), causata dalla carenza di uno specifico fattore della coagulazione, che espone i pazienti a frequenti emorragie, anche spontanee. Il trattamento si fonda sull'infusione endovenosa del fattore carente. Questa patologia richiede competenze mediche altamente specialistiche per la diagnosi, la terapia mirata e per garantire ai pazienti l'assistenza globale. A tale scopo la Regione Emilia-Romagna ha strutturato le attività assistenziali in una Rete, in cui il Centro Emofilia di Parma ha funzioni di coordinamento e riferimento (Hub) dei Centri satellite (Spoke).</p> <p>Grazie al Centro Hub Emofilia e Malattie emorragiche congenite dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in collaborazione fattiva dell'Associazione dei pazienti emofilici di Parma AVES, è stato realizzato per il biennio 2023-24 un corso di 18 ore con una parte teorica per imparare a riconoscere un episodio emorragico e la conseguente terapia specifica. A questo si aggiungono le norme di comportamento per la prevenzione delle emorragie e importanti aspetti della malattia di carattere genetico, psicologico e sociale. Il corso ha lo scopo di fornire ai pazienti e ai loro caregiver, oltre a conoscenze teoriche riguardanti la patologia da cui sono affetti, una certificazione abilitante all'infusione domiciliare dei farmaci necessari per il trattamento, i così detti 'concentrati di fattore carente', che potranno essere così utilizzati al momento dell'insorgenza di un episodio emorragico. Una competenza che consente di praticare una terapia tempestiva e, dunque, ottenere una più rapida risoluzione. L'abilitazione, inoltre, permette di eseguire a domicilio il trattamento di profilassi, vale a dire l'infusione dei concentrati a intervalli regolari a lungo termine, che rappresenta oggi la scelta per prevenire episodi emorragici anche gravi e, in particolare, le loro conseguenze invalidanti (artropatia emofilica). Ulteriore elemento che caratterizza l'efficienza del trattamento domiciliare a disposizione dei pazienti che seguono il corso è la possibilità di registrare le infusioni nella propria cartella informatizzata tramite smartphone/PC, potendo essere seguiti in tempo reale a distanza dai medici del Centro Emofilia, ove si sottopongono a regolare follow-up ogni sei mesi con visita medica generale e ad esami di controllo.</p>	
Obiettivi	
<p>Il Corso si prefigge di fornire ai pazienti affetti da emofilia e malattie emorragiche congenite (MEC) e/o ai loro assistenti (caregivers) conoscenze teoriche riguardanti la patologia da cui sono affetti e la sua gestione e le competenze specifiche per la ricostituzione e la somministrazione endovenosa di concentrati di fattore carente. A seguito della verifica di tali conoscenze e competenze viene rilasciato un patentino abilitante all'infusione domiciliare di tali farmaci, così da rendere il paziente o un suo assistente, idoneo all'infusione endovenosa, senza la presenza di personale sanitario, per seguire regimi di profilassi a lungo termine e/o al momento dell'insorgenza di un episodio emorragico/traumatico, permettendo un trattamento tempestivo e di conseguenza una più rapida risoluzione degli episodi emorragici.</p>	
Benefici	
<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione del rischio di conseguenze invalidanti derivanti da episodi emorragici - Incremento dell'uso della profilassi regolare e dell'aderenza al trattamento - Miglioramento della qualità di vita 	

- Riduzione delle ospedalizzazioni
- Riduzione di giorni di scuola/lavoro persi da paziente/caregiver
- Riduzione dei costi sia per il paziente che per le strutture sanitarie

Coinvolgimento del paziente

Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica

- pazienti
- famiglie
- Associazioni

Il paziente/cittadino viene coinvolto durante la pratica

Risultati

Indicatori di processo:

% di partecipazione all'iniziativa:

- N 112 ore presenza raggiunte da tutti i partecipanti parte teorica / Totale ore di partecipazione parte Teorica 112 – 100% dei partecipanti ha ottenuto 100% delle ore previste
- N 94 ore presenza raggiunte da tutti i partecipanti parte pratica / Totale ore di partecipazione parte pratica massimo 140 (a seconda dell'apprendimento individuale da 4 a 10 ore)

Indicatori di esito 1° corso maggio-giugno 2023:

Tramite Registro Regionale Emofilia e Cartella Informatica disponibili dati su accessi in ospedale per terapia e aderenza al trattamento nei prossimi mesi.

Indicatori di esito del corso: Totale tesserini abilitazioni rilasciati con lettera a MMG o PLS / totale partecipanti 13/14 (un partecipante non ha terminato la parte pratica)

Tempo per gli obiettivi di apprendimento: media 6,7 ore/partecipante (range 4-10 ore).

Tutti i partecipanti abilitati hanno raggiunto gli obiettivi di apprendimento nei tempi previsti. La partecipazione è stata molto attiva e motivata. Si è rilevato che alcuni giovani pazienti hanno richiesto un tempo inferiore in quanto i loro genitori erano stati in precedenza addestrati in qualità di caregiver dei loro figli minori e hanno pertanto acquisito da loro alcune conoscenze, in particolare sulla gestione e ricostituzione dei farmaci.

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA di PARMA

TITOLO ESPERIENZA

IL RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E DEI CITTADINI NELLA SICUREZZA DELLE CURE: L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA.

Referente esperienza

Campaniello Giovanna, De Nunzio Giuseppe e Montali Francesca - gestionedelrischio@ao.pr.it

Strategia OMS

Sviluppo di politiche e programmi con i pazienti

Ambito

Ambito ospedaliero

Ambito territoriale

Ambito ospedale-territorio

Abstract

I cittadini sono parte attiva dei processi di promozione della sicurezza delle cure e del miglioramento dei servizi sanitari. L'importanza della "voce" dell'utente per segnalare disfunzioni, criticità o più semplicemente per suggerire una diversa prospettiva all'organizzazione sanitaria è nota e riconosciuta da tempo in Emilia-Romagna. Il Comitato Consultivo Misto (CCM) è costituito in maggioranza da rappresentanze dei cittadini (Associazioni di volontariato e di tutela) e in minoranza da rappresentanti dell'Azienda sanitaria. È presieduto da un componente delle rappresentanze dei cittadini. È loro compito la verifica, il supporto, la funzione propositiva all'Azienda sanitaria relativamente al miglioramento.

Il CCM dell'AOU di Parma come rappresentanza del volontariato svolge un ruolo di raccordo tra l'Azienda e gli utenti che si rivolgono al Maggiore attraverso la condivisione delle buone pratiche aziendali e nell'analisi delle segnalazioni annuali, comprese quelle attinenti alla sicurezza delle cure.

La condivisione con il CCM del Piano Programma Triennale per la Sicurezza delle Cure dell'AOU PR ha permesso di validare all'interno di ogni processo monitorato per la gestione del rischio, declinato per le Raccomandazioni Ministeriali, il livello di coinvolgimento dei cittadini nella sicurezza delle cure e quindi di definire obiettivi triennali specifici per il miglioramento.

La partecipazione del CCM ha permesso anche la pianificazione congiunta di eventi di comunicazione interni o aperti alla cittadinanza, fra cui l'Open Safety Day che sin dal 2016 ha visto direttamente coinvolte le rappresentanze dei cittadini come protagonisti.

Le Associazioni dei pazienti hanno inoltre partecipato alla valutazione e diffusione di specifici strumenti di comunicazione mirati a sostenere la sicurezza e le buone pratiche aziendali, regionali e nazionali. Nell'ultimo triennio è stata migliorata la sinergia tra Risk Management e Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'AOU Parma, che ha portato ad un aumento delle segnalazioni con flag "Gestione del Rischio" e delle azioni di miglioramento conseguenti. Tali segnalazioni hanno riguardato reclami, rilievi, suggerimenti ed elogi sul tema della Sicurezza delle cure: tutte le segnalazioni sono state condivise e discusse tra Risk Management e Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'AOU Parma, per fornire un'adeguata risposta al cittadino e per implementare eventuali azioni di miglioramento.

Obiettivi

- Favorire la partecipazione e coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico
- Promuovere la cultura della segnalazione e la collaborazione fra utenti e organizzazione sanitaria per il miglioramento dei processi di sicurezza delle cure
- Promuovere una valutazione integrata dei rischi e pericoli oltre che della sinistrosità aziendale che tiene conto della partecipazione attiva dei cittadini
- Agire azioni di miglioramento di sistema a partire dalle segnalazioni dei cittadini;
- Promozione dell'empowerment dei cittadini e declinati per ciascuna Raccomandazione Ministeriale specifica, che tenga conto di contenuti e contesti specifici.
- Sostenere la cultura della sicurezza e la comunicazione dei suoi contenuti con la cittadinanza attraverso il coinvolgimento attivo e sistematico delle Associazioni
- Sostenere la cultura della sicurezza ed il coinvolgimento dei pazienti all'interno dei percorsi formativi universitari.

Benefici

- Favorire la partecipazione e coinvolgimento dei pazienti e dei familiari in processi di prevenzione primaria del rischio clinico ovvero diffondere strumenti di comunicazione che favoriscano health literacy e partecipazione diretta ai processi con riferimento a ciascuna Raccomandazione Ministeriale per contenuti e contesti specifici.
- Favorire la partecipazione e coinvolgimento dei pazienti e dei familiari in processi di prevenzione secondaria del rischio clinico ovvero favorire la segnalazione delle non conformità rilevate, l'analisi delle segnalazioni e la realizzazione di azioni di miglioramento;
- Promuovere l'integrazione dei servizi che per competenza si occupano dei processi sanitari integrando anche le rappresentanze dei cittadini nella pianificazione e valutazione strategici in modo strutturato e sistematico in ottica di trasparenza.
- Sostenere la cultura della sicurezza come valore sociale trasversale ai contesti sociali e organizzativi, grazie al coinvolgimento inter-istituzionale e la comunicazione sociale
- Sostenere la cultura della sicurezza attraverso l'ascolto e il coinvolgimento dei pazienti e cittadini all'interno dei percorsi formativi specialistici universitari.

Coinvolgimento del paziente

Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica

- Paziente/i
- Familiare/i
- Rappresentante/i del paziente
- Organizzazione/i del paziente

Il paziente/cittadino viene coinvolto durante la progettazione pratica

Risultati

Indicatori di processo: Dal 2018 la rendicontazione annuale del CCM conta di contenuti riferibili alle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza.

A partire dal 2019, il Piano programma per la Sicurezza delle cure conta di specifici obiettivi di empowerment riferibili alle singole raccomandazioni con indicatori di monitoraggio.

Considerando l'ultimo triennio sono stati svolti N. 6 eventi aperti alla cittadinanza per le seguenti tematiche: sicurezza farmacologica, igiene delle mani, sicurezza delle cure per i cittadini.

Indicatori di esito: Nell'ultimo triennio è stata migliorata la sinergia tra Risk Management e Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'AOU Parma, che ha portato ad un aumento delle segnalazioni con flag "Gestione del Rischio": anno 2020: nr. 36; anno 2021: nr. 41; anno 2022: nr. 60.

Tali segnalazioni, recepite dai cittadini, hanno riguardato reclami, rilievi, suggerimenti ed elogi sul tema della Sicurezza delle cure: tutte le segnalazioni sono state condivise e discusse tra Risk Management e Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'AOU Parma, per fornire un'adeguata risposta al cittadino e per implementare eventuali azioni di miglioramento a partire dall'analisi delle segnalazioni dirette dei cittadini. Qualora i risultati siano stati pubblicati, riportare gli eventuali riferimenti o allegare la relativa documentazione: Relazione annuale sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento.

Sul sito aziendale pubblico sono disponibili ai cittadini le relazioni annuali dell'ultimo quinquennio.

AZIENDA USL di REGGIO EMILIA	
TITOLO ESPERIENZA	
<i>I RECLAMI DEI PAZIENTI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E DELLA SICUREZZA DELLE CURE</i>	
Referente esperienza	
Stefano Mastrangelo - stefano.mastrangelo@ausl.re.it	
Strategia OMS	
Sviluppo di politiche e programmi con i pazienti	
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input checked="" type="checkbox"/>
Abstract	
<p>La soddisfazione dei pazienti, oltre alle comuni misure di efficacia e di efficienza, è uno degli indicatori della qualità dell'assistenza fornita dai servizi sanitari. Il coinvolgimento dei pazienti e dei cittadini per il miglioramento e la qualità delle cure è raccomandato dalle principali agenzie di riferimento (WHO). Pazienti e familiari sono una risorsa ancora poco utilizzata per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure. Essi, infatti, sono presenti in tutte le fasi del percorso del paziente, a differenza degli operatori e pertanto costituiscono un punto di vista privilegiato. Inoltre, possono offrire una lettura complementare delle situazioni che contribuisce ad arricchire le informazioni utili per il miglioramento della sicurezza. Attraverso i reclami scritti il cittadino è in grado di esprimere, in forma libera e non standardizzata gli aspetti positivi o negativi delle cure ricevute. I reclami, inoltrati con varie modalità, provengono dai pazienti, caregivers, familiari e possono essere classificati secondo una tassonomia (Reader et Al. 2014) che consente di ottenere una fotografia rappresentativa degli aspetti ai quali è attribuita maggiore importanza. I reclami possono essere utilizzati come potenziali fonti di informazione per il miglioramento della sicurezza delle cure.</p>	
Obiettivi	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Coinvolgere attivamente i pazienti nel miglioramento della sicurezza delle cure attraverso la valorizzazione dei reclami 2. Classificare i reclami dell'anno 2018 dell'Azienda USL di Reggio Emilia utilizzando la Tassonomia di Reader et Al. 3 Individuare ed analizzare i reclami appartenenti alle aree della Tassonomia che hanno le maggiori implicazioni per l'area della Qualità e della Sicurezza delle cure. 4. Definire possibili strategie di coinvolgimento attivo della cittadinanza, al fine di elaborare progetti di miglioramento a partire dalle aree critiche legate ai temi della Qualità e Sicurezza delle cure. 	
Benefici	
Valorizzare i reclami dei pazienti permette di integrare ed arricchire i dati aziendali a disposizione per costruire la mappa dei rischi. Questo presupposto consente di definire interventi preventivi e protettivi integrando la percezione dei fruitori dei servizi e concretizzando un coinvolgimento attivo dei pazienti nel miglioramento della qualità e sicurezza delle cure.	
Coinvolgimento del paziente	
Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica	
<ul style="list-style-type: none"> - Paziente/i - Familiare/i - Rappresentante/i del paziente 	
Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'implementazione della pratica	
Risultati	
<p>Sono stati raccolti analizzati e classificati 661 reclami. La voce più rappresentata tra i reclami è "Accessibilità/fruibilità dei servizi" (29,5%) a questa si associa "Ritardi nell'accesso ai servizi" (10,5%). Queste due voci insieme rappresentano oltre il 40% di tutte le segnalazioni (266 su 661).</p> <p>Tuttavia, dei 661 reclami raccolti, i 287 giudicati di maggiore interesse, raggruppati per categorie, risultano essere 136 su 287 (pari al 47,3%) riguardante l'area comunicazione, umanizzazione delle cure, 82 su 287 (pari al 28,5%) riguardanti la qualità delle cure ricevute e 57 su 287 (pari al 19,1%) sul livello di sicurezza delle cure.</p>	

Il rispetto della dignità del paziente riceve 73 reclami (25,5%) e i fallimenti nella comunicazione ricorrono per 30 volte (10,6%). Questi numeri mettono in evidenza le aspettative dei pazienti e dei cittadini in merito all'area della umanizzazione delle cure e della relazione con lo staff curante.

Reclami riguardanti il livello della qualità delle cure ricevute sono stati raccolti in 82 casi, dei quali 46 (16%) inerenti cure medico/infermieristiche al di sotto degli standard, 19 (6,6%) specificamente si riferiscono a visita medica/infermieristica inadeguata, superficiale, assente e 14 (4,9%) riguardanti un trattamento di scarso o nullo successo. Problemi legati alla qualità delle cure si rivelano essere punti di grande attenzione per i pazienti e caregivers.

Reclami riguardanti la sicurezza sono stati rilevati in 57 casi (19,1%) dei quali 29 (10,1%) problemi o eventi che hanno messo in pericolo la sicurezza dei pazienti, 21 (7,3%) presunti errori di diagnosi e 5 (1,7%) errori nella gestione clinica dei farmaci.

AZIENDA USL di MODENA	
TITOLO ESPERIENZA	
<i>COME MUOVERE E FAR MUOVERE UNA PERSONA CON DIFFICOLTÀ MOTORIE: I CONSIGLI DEL FISIOTERAPISTA</i>	
Referente esperienza	
Chiara Bottazzi e Imma Cacciapuoti - c.bottazzi@ausl.mo.it	
Strategia OMS	
Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie	
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input checked="" type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract	
L'Azienda AUSL di Modena ha organizzato in ogni Distretto giornate di formazione, informazione ed educazione dedicate ai caregivers (coloro che si prendono cura di una persona non autosufficiente). Gli incontri sono stati condotti da Fisioterapisti che hanno fornito indicazioni su come gestire e assistere in modo corretto una persona con difficoltà motorie a domicilio, per consentire un'assistenza più efficace e sicura sia per chi la presta che per chi la riceve. Sono state presentate strategie per assistere al meglio la persona con difficoltà motorie quando deve spostarsi, alzarsi, sedersi, sollevarsi, muoversi e compiere attività della vita quotidiana. Inoltre, sono stati forniti suggerimenti per rendere sicuro l'ambiente domestico con l'obiettivo di evitare e prevenire cadute accidentali. L'incontro formativo prevedeva la presentazione della modalità di movimentazione corretta degli assistiti, anche attraverso esempi pratici e la proiezione di video creati dai Fisioterapisti che dimostravano come gestire in modo corretto la postura di una persona con problematiche motorie e come effettuare passaggi e trasferimenti posturali, anche con l'utilizzo di presidi e ausili. I video presentati sono consultabili dai caregivers e dai cittadini, prevedendo anche una traduzione in lingue diverse per permetterne la massima diffusione.	
Obiettivi	
<ul style="list-style-type: none"> - Creare percorsi dedicati finalizzati alla riduzione del rischio correlato alla movimentazione manuale dei carichi nei caregivers, mantenendo uno stato di benessere; - co-progettazione con le associazioni di volontariato e di cittadini, al fine di creare percorsi che possano rispondere ai bisogni della popolazione; - prevenire il rischio di caduta attraverso campagne informative e di sensibilizzazione rivolte alla popolazione, anche attraverso l'utilizzo di materiale informatizzato consultabile. 	
Benefici	
<p>Per il paziente: prevenzione di complicanze secondarie attraverso la corretta gestione della movimentazione e delle posture prolungate, prevenzione delle cadute accidentali.</p> <p>Per il caregivers: prevenzione del rischio psico-fisico correlato all'assistenza di una persona con disabilità motoria, legato alla mobilizzazione e movimentazione ripetuta nel corso della giornata.</p> <p>Per l'organizzazione sanitaria: percorsi di sostegno dei caregivers e iniziative di prevenzione e sensibilizzazione per i cittadini.</p>	
Coinvolgimento del paziente	
<p>Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familiare/i - Rappresentante/i del paziente - Organizzazione/i del paziente <p>Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'applicazione della pratica.</p>	
Risultati	
<p>Maggiore partecipazione dei caregivers a seguito di campagne informative e diffusione sui social media (N. caregivers iscritti e partecipanti).</p> <p>Soddisfazione percepita e riportata dai partecipanti direttamente ai professionisti o nei questionari di gradimento.</p>	

AZIENDA USL di MODENA

TITOLO ESPERIENZA

LA REVISIONE PARTECIPATA CON I CITTADINI SECONDO I CRITERI DELLA HEALTH LITERACY DI MATERIALE INFORMATIVO SULLA TELEVISITA

Referente esperienza

Federica Bersani, Manuela Carobbi Massimo Brunetti, Ylenia Luongo, Luca Golinelli e Sabino Pelosi - f.bersani@ausl.mo.it

Strategia OMS

Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie

Ambito

Ambito ospedaliero

Ambito territoriale

Ambito ospedale-territorio

Abstract

La Regione Emilia-Romagna, con propria Delibera n. 1227 del 2 agosto 2021 e suo allegato 2, specificava le modalità identificate per l'esercizio delle attività di Telemedicina da intendersi quale "...approccio innovativo della pratica sanitaria, che consente l'erogazione di servizi a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, software specifici, rete internet e reti di telecomunicazione...".

Nel documento veniva specificato che l'attivazione del servizio di Telemedicina richiede l'adesione preventiva del paziente che, come di consueto e in linea con quanto previsto dalla normativa vigente in tema di consenso informato, deve essere preceduta da un adeguato e puntuale momento informativo, finalizzato a consentire al paziente di essere consapevole dei seguenti aspetti:

- in cosa consiste la prestazione, qual è il suo obiettivo, quali i vantaggi che si ritiene possa avere e quali gli eventuali rischi, in generale e nel caso specifico;
- come verrà gestita e mantenuta l'informazione e chi avrà accesso ai dati personali e clinici del paziente;
- quali strutture e professionisti saranno coinvolti;
- quali saranno i compiti di ciascuna struttura e le relative responsabilità;
- quali sono gli estremi identificativi del/dei titolare/i del trattamento dei dati personali e di almeno un responsabile se individuato, indicando le modalità per conoscere l'elenco aggiornato dei responsabili;
- quali sono le modalità con cui rivolgersi al titolare o al responsabile;
- quali sono i diritti dell'assistito rispetto ai propri dati.

Inoltre, preliminarmente all'attivazione dei servizi di telemedicina, veniva richiesto alle Aziende di adottare un piano di valutazione dei rischi, commisurato alla tipologia di servizi forniti specificatamente in Telemedicina.

A seguito di una valutazione aziendale di priorità, emergeva la necessità di promuovere, in prima battuta, l'attivazione della telemedicina nell'ambito della Specialistica Ambulatoriale, con particolare riferimento alla U.O. di Diabetologia.

Pertanto, nella considerazione di un progetto "nuovo" rispetto ai percorsi tradizionali e in fase di attivazione, l'U.O.S. Rischio Clinico riteneva l'applicazione della "Failure Modes, Effects and Criticality Analysis" (FMEA-FMECA) lo strumento più appropriato e funzionale al raggiungimento di un maggior livello di sicurezza per paziente, operatore e Azienda erogatrice. La FMEA-FMECA è infatti uno strumento di analisi proattiva del rischio, basato sull'effettuazione di una valutazione qualitativa e quantitativa di un progetto/processo, finalizzata a identificare le possibili criticità/errori, i loro effetti e le cause potenziali andando poi a classificarli in base a un Indice di Priorità di Rischio (IPR) che, infine, orienterà all'assunzione di successive decisioni operative di miglioramento al fine di prevenire/contenere i rischi prioritari individuati.

All'esito dell'analisi con FMEA-FMECA, tra le azioni di miglioramento da implementare per ridurre il rischio di comunicazione inefficace con conseguente possibile mancata adesione da parte del paziente alla modalità proposta, si è concordato di produrre materiale informativo specifico con l'intento di fornire al paziente le principali informazioni circa la telemedicina (in cosa consiste, come si svolge, quali sono i requisiti clinici e tecnici necessari per accedervi, riferimenti inerenti la tutela dei dati di salute in conformità con il regolamento privacy e del Servizio proponente, etc.).

Tale testo informativo è stato sottoposto successivamente a una revisione partecipata secondo i criteri della Health Literacy, ovvero un'attività che consiste nell'analisi di un testo con un gruppo di cittadini, il più possibile variegato per caratteristiche socio-demografiche, al fine di verificarne la chiarezza e individuare eventuali parole/frasi di difficile

comprensione da semplificare o sostituire con alternative più semplici; ciò consente di integrare il testo, realizzato da “addetti ai lavori”, con il punto di vista degli utenti, aumentando la probabilità che i materiali informativi risultino effettivamente comprensibili alla maggior parte dei destinatari.

Inoltre, per rendere ancora più fruibili i contenuti di cui sopra, si è ritenuto opportuno predisporre anche una pagina dedicata sul sito internet aziendale.

Obiettivi

Verificare, con il coinvolgimento attivo dei cittadini (arruolati anche in collaborazione con i Comitati Consultivi Misti e soggetti del Terzo settore) mediante valutazione partecipata secondo i criteri della Health Literacy, che i contenuti del testo informativo predisposto dal gruppo di lavoro multiprofessionale aziendale risultassero effettivamente chiari, esaustivi e del tutto comprensibili agli utenti.

Benefici

Produrre e diffondere materiale informativo chiaro, esaustivo e comprensibile agli utenti destinatari, favorendo, anche attraverso questo strumento, l’adesione alla modalità televisita.

Coinvolgimento del paziente

Sono stati coinvolti nell’implementazione della pratica

- Paziente/i
- Familiare/i
- Rappresentante/i del paziente

Il paziente/cittadino viene coinvolto durante la valutazione della pratica

Risultati

A seguito dell’attività svolta con i cittadini è stato adottato il testo informativo “La televisita: specialista e paziente collegati a distanza” a livello aziendale, modificato/integrato con i suggerimenti ricevuti.

Poiché in AUSL Modena l’attività di televisita è stata concretamente attivata in tempi molto recenti non è ancora stato possibile effettuare una misurazione successiva all’implementazione; è prevista tuttavia, trascorso un congruo lasso di tempo, la rivalutazione del processo mediante tecnica FMEA/FMECA e ricalcolo dell’IPR alla luce dell’implementazione delle azioni di miglioramento individuate nonché, in collaborazione con il servizio qualità e accreditamento aziendale, verrà presa in considerazione l’opportunità di effettuare una valutazione della qualità percepita dai cittadini e dai professionisti coinvolti.

AZIENDA USL di MODENA

TITOLO ESPERIENZA

PREVENZIONE DELLE CADUTE E DELLA CONTENZIONE NEI PAZIENTI RICOVERATI IN AZIENDA USL DI MODENA: IL PROGETTO DEL DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E RIABILITAZIONE

Referente esperienza

Federica Bersani con: Dipartimento Medicina Interna e Riabilitativa, Rischio Clinico, Rapporti con l'Esterno e Comunicazione e Comitati Consultivi Misti
f.bersani@ausl.mo.it

Strategia OMS

Sviluppo di politiche e programmi con i pazienti

Ambito

Ambito ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>

Abstract

La Regione Emilia-Romagna, recependo la raccomandazione ministeriale n. 13 (Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie) ha emanato, a dicembre 2016, le Linee di indirizzo regionali per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale (Circolare n. 21 del 23/12/2016), attualmente in corso di aggiornamento. Parallelamente, sul portale regionale e-lalber, è stato reso disponibile alle Aziende Sanitarie il percorso formativo full distance "Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale-FAD" che si propone di facilitare la diffusione dei nuovi indirizzi regionali per la prevenzione e la gestione delle cadute del paziente in ospedale di cui sopra, tutt'ora attivo. Nel 2021, inoltre, la Regione Emilia-Romagna emanava con propria Deliberazione (n. 4125 del 10/3/2021) il documento "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale", rendendo parallelamente disponibile sul proprio portale e-lalber il percorso full distance "Preveniamo la contenzione - Buone pratica in Emilia Romagna", finalizzato a diffonderne i contenuti tra gli operatori sanitari.

L'Azienda USL di Modena ha pertanto recepito entrambe le indicazioni in procedure aziendali dedicate, comprensive di tutta la modulistica finalizzata alla valutazione del rischio e alla gestione dell'evento caduta/contenzione.

Parallelamente, dal 2013 e sino all'attivazione in Azienda USL di Modena dell'applicativo unico regionale delle segnalazione di eventi avversi e quasi eventi (SegnalER, 16/1/2023), è stato in uso un sistema informatizzato aziendale di segnalazione degli eventi caduta occorsi nelle U.O. di degenza (Databook), secondo modalità descritte in specifiche procedure aziendali; tale database, così come attualmente SegnalER, consente in primo luogo di monitorare pressoché in tempo reale gli eventi caduta e, inoltre, di ricavare in forma aggregata, coerentemente ad un set minimo di dati condiviso, le informazioni utili ad una analisi dei contesti e alla mappatura dei rischi. Parimenti, eventi avversi o quasi eventi correlati a procedure contenitive sui pazienti potevano (e possono tuttora attraverso SegnalER) essere segnalati mediante l'incident reporting.

Nel corso degli ultimi anni sono stati organizzati diversi incontri con il Dipartimento Medicina interna e Riabilitazione finalizzati ad analizzare lo stato dell'arte relativo al tema della prevenzione delle cadute e della contenzione dei pazienti degenti e alla presentazione dei dati aziendali; sulla base di quanto condiviso e del verificarsi, in particolar modo negli ultimi anni, gravati certamente dalla diffusione della pandemia da SARS-CoV2, di un numero assoluto significativo di cadute con esiti anche molto rilevanti, si è ritenuto opportuno istituire un gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare dipartimentale, incluse le referenti aziendali per la prevenzione delle cadute, finalizzato alla redazione di un documento da presentare alla Direzione Generale/Sanitaria descrittivo dell'analisi di contesto, dello stato dell'arte aziendale nonché di progetti specifici di formazione, in parte già realizzati, e sensibilizzazione degli operatori e dei cittadini, nonché riportante richieste strutturate in termini di dotazioni/presidi/ausili.

Nell'ambito di questo progetto si è ritenuto necessario coinvolgere attivamente anche i Comitati Consultivi Misti in qualità di rappresentanti dei cittadini per favorire progetti e iniziative di sensibilizzazione rivolte specificamente all'utenza.

Obiettivi

Formare e sensibilizzare il personale sanitario alla prevenzione delle cadute e della contenzione in pazienti ricoverati nell'area internistica; informare e sensibilizzare i cittadini relativamente alle medesime tematiche.

Benefici

Miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure attraverso iniziative che, in un'ottica di alleanza, coinvolgono attivamente sia i professionisti sanitari che i cittadini, ciascuno per le proprie competenze, nella prevenzione delle cadute e della contenzione in pazienti ricoverati nell'area internistica.

Coinvolgimento del paziente

Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica

- Paziente/i
- Familiare/i
- Rappresentante/i del paziente
- Organizzazione/i del paziente

Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'applicazione della pratica

Risultati

Essendo un progetto a medio-lungo termine e ancora in corso non siamo al momento in grado di riportare risultati definitivi; tuttavia, dalla misurazione baseline all'avvio del progetto è emerso come il fenomeno cadute in ospedale, specie nell'area internistica, sia in costante aumento nel corso degli ultimi 4 anni con peggioramento degli esiti correlati. Buona e costante nel tempo la propensione degli operatori alla segnalazione spontanea delle cadute in ospedale e, dall'adozione di SegnalER, delle contenzioni secondo le indicazioni regionali. Migliorata nel corso degli anni, inoltre, la sensibilità dei professionisti rispetto ai temi della prevenzione cadute e contenzione. I rappresentanti dei cittadini hanno mostrato significativo interesse sui temi della sicurezza delle cure e, in particolare, sulla prevenzione delle cadute sia in ambito ospedaliero che domiciliare e sulla necessità di condividere con la cittadinanza maggiori e più specifiche informazioni sul tema.

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI MODENA

TITOLO ESPERIENZA

PRESENTAZIONE AL COMITATO CONSULTIVO MISTO (CCM) DEI CONTENUTI DEL PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE (PPSC)

Referente esperienza

Fabrizia Fregni, Naike Sola e Ottavio Alessandro Nicastro fregni.fabrizia@aou.mo.it

Strategia OMS

Sviluppo di politiche e programmi con i pazienti

Ambito

Ambito ospedaliero

Ambito territoriale

Ambito ospedale-territorio

Abstract

Secondo il Ministero della Salute la gestione del rischio clinico in sanità (clinical risk management) rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti.

Per l'attuazione di molte delle azioni mirate alla prevenzione dei rischi potenzialmente connessi all'assistenza sanitaria è di grande importanza la partecipazione attiva e consapevole da parte del paziente e dei familiari/caregiver. I comitati consultivi misti, composti per la maggior parte da rappresentanze dei cittadini (associazioni di volontariato e di tutela), hanno tra l'altro compiti di verifica e supporto all'Azienda sanitaria relativamente al miglioramento della qualità dei servizi.

Il Piano Programma aziendale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio è il documento attraverso il quale l'Azienda sanitaria dichiara il proprio impegno per una progressiva e costante promozione di azioni mirate ad implementare la sicurezza dei pazienti e degli operatori. Ciò sia in termini strategici che anche declinando le concrete singole azioni/attività ritenute necessarie sulla base dei dati disponibili ed anche per il continuo accrescimento della cultura della sicurezza tra gli operatori sanitari.

In questo contesto va collocata l'indicazione contenuta nelle nuove Linee di Indirizzo per la elaborazione del piano programma annuale per la sicurezza delle cure emanate dalla Regione Emilia-Romagna nel marzo 2023, secondo la quale la presentazione del PPSC con il Comitato Consultivo Misto e/o organizzazioni di rappresentanza dei cittadini rappresenta un elemento di qualità dello stesso Piano.

Tale presentazione da un lato, infatti, consente di diffondere anche al di fuori del contesto aziendale l'impegno dell'Azienda nelle azioni finalizzate ad incrementare la sicurezza dei pazienti e degli operatori. D'altra parte, la stessa presentazione è finalizzata a stimolare, tramite i loro rappresentanti, una più attiva partecipazione dei cittadini alle pratiche per la sicurezza e quindi, in sé, ad accrescere la sicurezza, e di conseguenza la qualità delle prestazioni sanitarie che vengono offerte ai pazienti.

Obiettivi

- Divulgare tramite i rappresentanti delle associazioni di volontariato e di tutela l'impegno della Direzione aziendale e di tutto il personale sanitario nell'attuazione di misure di prevenzione dei rischi connessi all'attività sanitaria
- Implementare la conoscenza da parte della cittadinanza delle ragioni alla base delle attività finalizzate ad evitare/minimizzare i rischi purtroppo talora inevitabilmente connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie
- Stimolare una più attiva partecipazione dei cittadini alle pratiche per la sicurezza che prevedono il coinvolgimento attivo degli stessi
- Migliorare la qualità dell'assistenza.

Benefici

Migliore e più consapevole adesione dei pazienti e dei loro familiari/caregiver alle attività di prevenzione dei rischi correlati all'assistenza, con conseguente miglioramento della qualità dell'assistenza durante la loro degenza a beneficio del paziente, dei suoi familiari/caregivers e dell'azienda sanitaria.

Coinvolgimento del paziente

Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica

- Rappresentante/i del paziente
- Organizzazione/i del paziente

Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'implementazione della pratica

Risultati

Ampia adesione

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI MODENA	
TITOLO ESPERIENZA	
<i>TEMPO VOLONTARIO</i>	
Referente esperienza	Naike Sola, Fabrizia Fregni, Alessandra Silvestri, Francesca Neviani e Ottavio Alessandro Nicastro sola.naike@aou.mo.it
Strategia OMS	Sviluppo di politiche e programmi con i pazienti
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract	<p>La noia e il disinteresse sono grandi nemici dei pazienti che frequentano strutture sanitarie, specie se anziani. Ciò può favorire l'insorgenza di disorientamento spazio-temporale e/o stati di agitazione psicomotoria che espongono il paziente a rischio elevato di cadute e necessitano del ricorso a contenzione qualora altri strumenti si rivelino inefficaci.</p> <p>Per alleviare questa condizione ci si propone di offrire attività che impegnino il paziente in una relazione avvalendosi della collaborazione di volontari afferenti alle varie associazioni di volontariato già operanti nella nostra Struttura, dopo loro specifica formazione a cura di personale esperto (terapisti occupazionali, geriatri, volontari già impegnati nella gestione dei pazienti affetti da disturbi cognitivi), allo scopo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rimarcare i ritmi circadiani, ancorando il paziente alla scansione temporale della routine ospedaliera con l'obiettivo di prevenire pratiche di contenzione derivate da disorientamento spazio-temporale indotto dall'ambiente; - stimolare il paziente in attività per lui significative al fine di ridurre i periodi di inoccupazione nel corso della degenza e diminuire i sintomi comportamentali relativi ai bisogni insoddisfatti.
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> - offrire ai degenti delle U.O. coinvolte nel progetto, attività d'intrattenimento con modalità continuative a scansione mattina/pomeriggio quali: lettura di quotidiani o libri, ascolto di musica, gioco con carte, supporto a passatempi consueti del paziente, colloquio col paziente. - strutturare relazioni consolidate con volontari ed equipe assistenziali e relativi mezzi di comunicazione. - miglioramento della qualità di vita dei degenti in corso di ricovero, riduzione della somministrazione di farmaci psicotropi. - prevenzione primaria di una percentuale di episodi di contenzione prevedibili grazie all'osservazione e ad una adeguata relazione di sostegno al paziente. - prevenzione del rischio cadute determinatesi in conseguenza di stati di disorientamento spaziale e temporale. - miglioramento della qualità dell'assistenza.
Benefici	Maggiore sicurezza nella gestione dei pazienti ricoverati, miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza durante la loro degenza con beneficio per il paziente e per i familiari/caregivers che riscontrano nel paziente una buona adesione alla degenza.
Coinvolgimento del paziente	<p>Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paziente/i - Familiare/i - Volontari <p>Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'implementazione della pratica</p>
Risultati	Ampia adesione

AZIENDA USL di BOLOGNA	
TITOLO ESPERIENZA	
<i>SCUOLA DEL CAREGIVER: INCONTRI PSICOEDUCAZIONALI ON LINE PER FAMILIARI DI PERSONE CON DISTURBO NEUROCOGNITIVO MAGGIORE</i>	
Referente esperienza	
Elisa Ferriani - e.ferriani@ausl.bologna.it	
Strategia OMS	
Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie	
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input checked="" type="checkbox"/>
Abstract	
<p>Il Disturbo Neurocognitivo Maggiore (Demenza) di una persona comporta una ricaduta sulla qualità di vita non solo della persona malata, ma anche dell'intero contesto familiare.</p> <p>Il coinvolgimento della famiglia solitamente prevede l'identificazione di un familiare quale caregiver, ovvero colui che presta le cure e si occupa del percorso di cura del parente malato.</p> <p>L'importanza di una corretta informazione sulla demenza rivolta ai caregivers è riconosciuta in letteratura a livello nazionale ed internazionale.</p> <p>A seguito dell'emergenza pandemica, i Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) dell'Ausl di Bologna, in collaborazione con l'UOC di Psicologia Ospedaliera, hanno istituito la "Scuola on line dei caregiver" con l'intento di offrire incontri di tipo psicoeducazionale su piattaforma virtuale. La "scuola on line" intende fornire assieme ai professionisti della rete sanitaria-socioassistenziale: a) conoscenze riguardanti la patologia della persona con Demenza (percorsi diagnostici, terapeutici assistenziali, i disturbi cognitivi e del comportamento, trattamenti farmacologici e non farmacologici, la rete dei servizi sanitari e socio-assistenziali, etc....) b) strumenti per la sua gestione nelle diverse fasi di malattia c) supporti da attivare.</p> <p>La scuola on line, offerta in modalità sincrona, consente ai caregiver di mantenere, seppur a distanza, un rapporto diretto con i professionisti offrendo una partecipazione attiva ai moduli didattici che vengono presentati.</p> <p>Gli argomenti discussi, raccolti in materiale didattico, vengono al termine del percorso distribuiti ai caregiver per una maggiore implementazione delle conoscenze.</p> <p>I contenuti trasmessi, insieme alle riflessioni portate nel corso delle lezioni, permettono di promuovere l'empowerment del caregiver al fine di valorizzare e potenziare le competenze per una migliore gestione delle problematiche connesse alla patologia e, contemporaneamente, ridurre il ricorso ai servizi sanitari ad alta intensità.</p>	
Obiettivi	
<p>A seguito dell'emergenza pandemica, i Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) dell'Ausl di Bologna, in collaborazione con l'UOC di Psicologia Ospedaliera, hanno istituito la "Scuola on line dei caregiver" con l'intento di offrire incontri di tipo psicoeducazionale su piattaforma virtuale.</p> <p>Le finalità principali della "scuola on line" sono:</p> <p>a) fornire conoscenze riguardanti la patologia della persona con Demenza (percorsi diagnostici, terapeutici assistenziali, riconoscere i disturbi cognitivi e del comportamento, favorire l'autonomia della persona con deterioramento cognitivo al domicilio, trattamenti farmacologici e non farmacologici, la rete dei servizi sanitari e socio-assistenziali, il punto di ascolto nei CDCD, la pianificazione condivisa delle cure, l'accompagnamento nel fine vita, il ruolo del volontariato, i nuovi progetti a sostegno dei caregiver sul territorio di appartenenza)</p> <p>b) fornire strumenti per la gestione quotidiana nelle diverse fasi di malattia</p> <p>c) favorire l'empowerment del caregiver e fornire il supporto emotivo</p> <p>d) raggiungere i caregiver impossibilitati a incontri in presenza e in aree remote, tramite videoconferenze</p> <p>e) promuovere occasione di scambio, confronto e relazioni tra caregiver e con i professionisti della rete</p> <p>f) favorire la sicurezza delle cure attraverso una maggior padronanza delle informazioni sulla gestione della malattia</p> <p>g) favorire la co-progettazione dei servizi e dei processi sanitari, coinvolgendo attivamente familiari e utenti</p>	
Benefici	
La scuola on line, offerta in modalità sincrona, consente ai caregiver di mantenere, seppur a distanza, un rapporto diretto con i professionisti offrendo partecipazione attiva ai moduli didattici che vengono presentati. Ciò implica:	

- miglior gestione del carico assistenziale
- favorire la domiciliarità e minor ricorso all'ospedalizzazione e all'istituzionalizzazione
- miglior collaborazione tra caregiver e professionisti della rete
- favorire la comunicazione efficace tra servizi e utenza attraverso lo strumento di videoconferenza
- trasferibilità del metodo anche in altri ambiti sanitari
- rilevazione di bisogni specifici di un'utenza complessa con possibilità di impattare sui processi di miglioramento e implementazione dei percorsi (PDTA)

Coinvolgimento del paziente

Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica

- Famiglia/e

Il paziente/cittadino viene coinvolto durante nell'implementazione pratica

Risultati

a. 2021

- partecipanti: 429
- professionisti: 15

a. 2022

- partecipanti: 474
- professionisti: 15

a. 2023

- partecipanti: progetto in corso
- professionisti: 15

IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA di BOLOGNA

TITOLO ESPERIENZA

CARE4TODAY: UNA APP PER SUPPORTARE IL RIENTRO A CASA DEI PAZIENTI OPERATI NELLA UO CHIRURGIA TORACICA IRCCS AOU BO

Referente esperienza

Vania Maselli, Alessandra De Palma e Piergiorgio Solli
piergiorgio.solli@aosp.bo.it; vania.maselli@aosp.bo.it

Strategia OMS

Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie

Ambito

Ambito ospedaliero

Ambito territoriale

Ambito ospedale-territorio

Abstract

L'IRCCS AOU Policlinico di Sant'Orsola, in parte sospinto dalle vicende pandemiche, sta catturando il vento dell'innovazione tecnologica, soprattutto nel campo della digitalizzazione dei processi e dell'e-Health in senso lato, per sfruttarlo in tutte le sue potenzialità allo scopo di migliorare molteplici aspetti del percorso di cura del paziente. Negli ultimi due anni sono state implementate diverse App che semplificano e supportano l'esperienza di molte persone che si affidano al Policlinico per varie tipologie di prestazioni. In particolare, l'App ideata dal team di Chirurghi afferenti alla UO di Chirurgia Toracica nasce dal razionale secondo cui il periodo post-operatorio rappresenta una parte essenziale del percorso dei pazienti sottoposti a intervento chirurgico. Come una corretta informazione preoperatoria e un'adeguata preparazione psico-fisica all'intervento contribuiscono alla buona riuscita della procedura, analogamente il follow-up precoce e a lungo termine del paziente sono parte integrante del trattamento stesso. Le difficoltà logistiche e organizzative, messe in evidenza ancor più durante la fase pandemica, rendono tale percorso spesso difficoltoso sia per il paziente che per il medico. A volte il paziente può non dare la giusta importanza a segni/sintomi di aggravamento clinico, può risultare difficoltoso l'accesso ambulatoriale o il contatto diretto con il medico). Per questo motivo, l'App "Care4today" nasce con lo scopo di monitorare la convalescenza a domicilio. L'App, interrogando quotidianamente il paziente sulle sue condizioni di salute, controlla il decorso post operatorio segnalando eventuali sintomi o difficoltà. È garantito, in questo modo, un filo diretto tra i pazienti e gli specialisti che li hanno operati.

I dati inviati dall'app consentono di cogliere immediatamente l'insorgere di segni/sintomi che normalmente verrebbero segnalati dal paziente solo a giorni di distanza alla in occasione della prima visita di controllo.

Ma come funziona in dettaglio? A partire dal momento delle dimissioni, l'app interroga il paziente a cadenza regolare chiedendogli di indicare le sue condizioni attraverso una rapida sequenza di domande, per poi inviare un resoconto al professionista. Se i medici notano la comparsa o l'acuirsi di segni/sintomi significativi ovvero suggestivi di una evoluzione non positiva del quadro clinico contattano immediatamente il paziente, ad esempio per correggere la terapia antidolorifica o per anticipare la visita ambulatoriale. Dopo trenta giorni, in assenza di sintomi particolari, "Care4Today Monitor" considera completato il follow up.

Da febbraio ad ora sono stati inclusi nel programma 54 pazienti, 39 dei quali hanno già completato il percorso con un livello molto alto di soddisfazione da parte sia dei pazienti che dei professionisti coinvolti.

Obiettivi

OBIETTIVO PRINCIPALE: Facilitare la comunicazione medico-paziente dopo la dimissione, consentendo di avere i chiarimenti necessari e richiedere un consulto in caso di insorgenza di problemi. Il medico può, ad esempio, non riuscire ad interfacciarsi con il paziente prima del controllo ambulatoriale previsto in dimissione e il paziente può riscontrare difficoltà a comunicare tempestivamente al chirurgo l'insorgenza di segni e sintomi che potrebbero risultare un campanello d'allarme importante per il trattamento precoce di potenziali problematiche.

Nel dettaglio, tale modalità di comunicazione consente di raggiungere i seguenti obiettivi principali:

- Rendere più dirette, facilmente raggiungibili e selezionate le informazioni per il paziente, che è invece spesso confuso dalle informazioni ridondanti o contrastanti e/o non sempre del tutto affidabili disponibili sulla rete.
- Creare una connessione a distanza, riducendo la necessità di visite on site, riducendo dunque i costi diretti e indiretti correlati agli spostamenti dei cittadini e migliorando gli aspetti di equità e accessibilità alle cure
- Intercettare l'insorgenza di problemi e/o complicanze correlate alla procedura chirurgica o alla terapia

<p>farmacologica migliorando la sicurezza del paziente durante il percorso di recupero a domicilio.</p> <ul style="list-style-type: none">- Migliorare la compliance del paziente nel seguire le indicazioni fornite nel post operatorio.
<p>Benefici</p> <ul style="list-style-type: none">- Miglioramento dell'esperienza del paziente relativamente al suo percorso di cura- Diminuzione della frequenza e gravità delle complicanze/eventi avversi correlati al post-operatorio- Supporto agli operatori sanitari nella gestione degli aspetti organizzativi del percorso post-dimissione (riduzione delle chiamate "in reparto" alla ricerca di un contatto con il sanitario, predisposizione tempestiva degli accertamenti clinico-strumentali necessari dal momento dell'arrivo della informazione al medico di un segno/sintomo meritevole di approfondimento, ...)- Aumentare efficacia ed efficienza del percorso di cura a garanzia di un outcome positivo dello stesso- Riduzione degli accessi impropri ai Pronto soccorso dell'hub di riferimento o di altri Ospedali
<p>Coinvolgimento del paziente</p> <p>Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica</p> <ul style="list-style-type: none">- Paziente/i- Familiare/i <p>Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'applicazione pratica</p>
<p>Risultati</p> <p>Ad oggi 54 pazienti hanno usufruito del servizio (di cui 39 hanno completato il percorso dei 30 giorni con un tasso di risposta dell'81,6%). Globalmente in una scala 0-10, l'utilità dell'app è stata valutata dai pazienti coinvolti con un punteggio medio di 7,6.</p> <p>È in corso una raccolta dati per una successiva valutazione più approfondita dei benefici correlati all'individuazione precoce dei problemi, in particolare è stato scelto come indicatore di risultato il tasso di ri-ospedalizzazione a 30 gg.</p>

IRCCS ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI - BOLOGNA

TITOLO ESPERIENZA

CONSENSO INFORMATO ATTIVO NELLE PROCEDURE COMPLESSE DI CHIRURGIA VERTEBRALE: UNA SOLUZIONE INNOVATIVA PER MIGLIORARE E MISURARE IN MODO OGGETTIVO LA COMPrensIONE DELLA PERSONA ASSISTITA NEL PROCESSO DECISIONALE CONDIVISO

Referente esperienza

Vania Maselli - vania.maselli@ior.it

Strategia OMS

Imparare dall'esperienza del paziente per migliorare la sicurezza

Ambito

Ambito ospedaliero

Ambito territoriale

Ambito ospedale-territorio

Abstract

'Alza la voce dei pazienti', dice lo slogan della World Health Organization (WHO) per la quinta Giornata mondiale della sicurezza dei pazienti che si svolgerà il 17 settembre 2023, approfondendo il tema del coinvolgimento attivo dei pazienti, dei familiari e della comunità nella sicurezza dell'assistenza. Su questo tema verterà anche la raccolta delle buone pratiche sulla sicurezza del paziente promossa da AGENAS (Quindicesima edizione), per la quale si è aperta in data 08 giugno 2023 la Call for Good Practice. In questa direzione va l'iniziativa dell'Istituto Ortopedico Rizzoli che intende far comprendere ai propri assistiti la chirurgia proposta, i rischi connessi, i benefici attesi e le alternative possibili.

Il programma prevede la creazione e l'uso di nuovi strumenti informativi per persone candidate a chirurgia complessa in ambito vertebrale. Tali strumenti (animazioni, modelli 3D e colloqui dedicati) verranno progettati "ad hoc" per informare in modo più efficace il paziente, migliorandone la comprensione e la soddisfazione.

La persona candidata a chirurgia non si limiterà dunque alla firma di un modulo per esprimere il proprio consenso ma dovrà dimostrare la sua reale comprensione.

Come si svolgerà il tutto?

Al candidato all'intervento chirurgico verrà fornito un account personale per accedere al sito web del progetto, dove sarà possibile trovare materiale informativo (brochure informative e video esplicativi relativi alla patologia vertebrale di interesse e ai trattamenti possibili ed indicati). Verrà quindi organizzato un incontro con uno dei chirurghi della equipe vertebrale per spiegare anche con il supporto di modelli plastici anatomici la problematica di salute per cui è richiesto il trattamento chirurgico e le modalità di svolgimento dell'intervento proposto, in tutte le sue fasi dal pre al post-operatorio.

All'assistito vengono poi proposti questionari di valutazione per misurare l'apprezzamento da parte del paziente rispetto alle modalità di coinvolgimento nel percorso. Infine, verrà richiesto al candidato all'intervento di rispondere ad alcune domande per valutare il livello di comprensione delle informazioni ricevute.

E se l'assistito/a non rispondesse adeguatamente alle domande? Dovrà ripetere il percorso di apprendimento nelle modalità sopra descritte. E se per una seconda volta le risposte non fossero adeguate al paziente verrà proposto un nuovo incontro/colloquio con il chirurgo per concludere in via definitiva, prima dell'intervento, il processo decisionale condiviso.

Obiettivi

- Migliorare il coinvolgimento e la soddisfazione della persona assistita e la qualità percepita nel percorso di cura;
- Sistematizzare la misurazione del livello di comprensione delle informazioni fornite e della qualità percepita rispetto al grado di coinvolgimento dell'assistito per valutare efficacia ed empatia del processo comunicativo;
- Migliorare la comprensione da parte della persona candidata riguardo all'atto chirurgico, ai benefici che potrà ottenere e ai rischi che dovrà accettare;
- Ridurre i conflitti ed il contenzioso innescati dalla disfunzione comunicativa con le persone assistite.

Benefici

- Garantire efficacia e semplicità di utilizzo di supporti alla decisione innovativi sia da parte degli assistiti candidati ad un trattamento chirurgico di elevata complessità che da parte degli operatori sanitari coinvolti;

- Riduzione del contenzioso medico-legale innescato da una gestione inadeguata del processo di comunicazione con particolare riferimento alla fase informativa;
- Implementazione di osservatori continui dell'esperienza della persona assistita (PREMs e degli esiti PROMs)

Coinvolgimento del paziente

Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica

- Paziente/i
- Familiare/i
- Rappresentante/i del paziente

Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'applicazione della pratica.

RisultatiIndicatori

- CSQ-8 Numero Risposte positive (da soddisfatto a completamente soddisfatto) /totale pazienti trattati con consenso attivo
- N° Questionari di apprendimento conclusi positivamente alla prima somministrazione /totale pazienti trattati con consenso attivo

AZIENDA USL di FERRARA	
TITOLO ESPERIENZA	
<i>INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE PER LA PROMOZIONE DI BUONE PRATICHE ED EMPOWERMENT DELL'UTENTE</i>	
Referente esperienza Francesco Pagnini - comunicazione@ausl.fe.it	
Strategia OMS Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie	
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input checked="" type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract	
<p>Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie: fornire informazioni e educazione ai pazienti e alle famiglie per il loro coinvolgimento nella cura di sé e promuoverne l'empowerment per un processo decisionale condiviso. L'obiettivo principale è quello di informare in modo corretto, puntuale e preciso, i cittadini/utenti, per metterli in condizioni di conoscere, e quindi di fruire in maniera appropriata, dei servizi a loro disposizione (empowerment dell'utente).</p> <p>In questa chiave l'Area Comunicazione delle Aziende Sanitarie di Ferrara (in ottica di integrazione tra Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara) introduce azioni comunicative che illustrino al cittadino-utente, agli stakeholder e alle istituzioni, un sistema integrato territoriale che eroga cure efficaci, tempestive ed appropriate e che quindi possa promuovere anche buone pratiche e sicurezza delle cure.</p> <p>Lo sviluppo di una strategia di comunicazione coerente, costante, coordinata e integrata rivolta all'utenza si appoggia sulla volontà di essere una 'fabbrica di informazioni', un 'produttore di contenuti' flessibili e adattabili per tutti i canali comunicativi aziendali, e quindi con un approccio innovativo e proattivo.</p> <p>Si investe quindi sulla comunicazione crossmediale che riguarda l'integrazione tra media tradizionali (comunicati stampa, collaborazioni con giornali cartacei, quotidiani online, radio e tv) e social media (gestione dei canali social, implementazione dei video e delle grafiche, format web di approfondimento), con attivazione di campagne di comunicazione specifiche.</p> <p>Per arrivare più capillarmente alla popolazione, è necessario un coinvolgimento attivo della stessa attraverso organizzazione di conferenze, incontri ed eventi pubblici; supporto da parte Comitati Consultivi Misti per la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino; analisi delle segnalazioni URP in merito alla sicurezza delle cure.</p>	
Obiettivi	
Promuovere l'informazione e la comunicazione alla popolazione secondo target specifici, integrando diversi canali di comunicazione	
Benefici	
I vantaggi di investire sulla comunicazione rivolta a pazienti consapevoli sono molteplici: vuol dire essere responsabili della propria salute; mettere i cittadini nelle condizioni di prendere scelte consapevoli sulla propria salute; promuovere la conoscenza dei nuovi modelli clinici organizzativi e aziendali (ifec, telemedicina, rete oncologica...)	
Coinvolgimento del paziente	
Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica	
<ul style="list-style-type: none"> - Paziente/i - Familiare/i - Rappresentante/i del paziente - Organizzazione/i del paziente 	
Il paziente/cittadino viene coinvolto durante la progettazione della pratica	
Risultati	
La reputazione conseguente alle pubblicazioni su media tradizionali e social media è in miglioramento.	

AZIENDA USL di FERRARA

TITOLO ESPERIENZA

INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA AI PAZIENTI, ALLE FAMIGLIE E ALLA COMUNITÀ: IL RUOLO DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ

Referente esperienza

Marika Colombi - m.colombi@ausl.fe.it

Strategia OMS

Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie

Ambito

Ambito ospedaliero

Ambito territoriale

Ambito ospedale-territorio

Abstract

Il modello assistenziale "infermiere di comunità" ha come core la "relazionale" in quanto pone al centro la persona, i suoi familiari e la comunità considerandoli all'interno di un rete di relazioni e connessioni formali e informali con il fine di favorire la promozione e il mantenimento della salute delle persone attraverso il rafforzamento dell'autonomia decisionale con l'obiettivo finale di accompagnare le persone nel loro percorso di promozione e riappropriazione del proprio progetto di salute e di vita.

L'infermiere di comunità è un professionista descritto per la prima volta all'interno di "Health 21" (OMS, 1998) dove viene definito come "un professionista inserito nella comunità, in grado di creare una relazione di fiducia con gli individui che la compongono, per promuoverne la salute e consentire loro di raggiungere il più elevato livello di benessere possibile".

L'obiettivo dell'infermiere di comunità è quello di "raggiungere il pieno potenziale di salute per tutti" attraverso il perseguimento di due scopi principali che sono: "promuovere e proteggere la salute della popolazione lungo tutto l'arco della vita; ridurre l'incidenza delle malattie e degli incidenti più comuni ed alleviare le sofferenze che questi causano" (WHO,1998).

L'infermiere di comunità è inoltre riconosciuto a livello internazionale come ruolo strategico per poter sostenere uno sviluppo di un sistema sanitario e sociosanitario che favorisca, in stretto raccordo con gli enti territoriali quali i Comuni, altri professionisti sanitari e sociali e le strutture del sistema, la presa in carico della popolazione (WHO,2000).

Da queste descrizioni si può comprendere chiaramente che le responsabilità dell'infermiere di comunità sono dirette a sostenere e coordinare il percorso dell'assistito attraverso l'informazione, l'educazione e la presa in carico proattiva, indirizzando la persona e/o i suoi famigliari ai servizi offerti dal SSSR. È inoltre il garante della presa in carico e della continuità assistenziale occupandosi direttamente dell'integrazione della rete sociosanitaria con quella sociale.

L'infermiere di comunità rappresenta il centro di un sistema di cure basato sull'approccio dinamico ai problemi, nonché sulla presa in carico del paziente fragile e della sua famiglia quando non si sono già verificate condizioni tali che richiedano il soddisfacimento di bisogni assistenziali più complessi. In questo modo l'intervento assistenziale diventa soprattutto un processo e un approccio proattivo nei confronti di un individuo, i cui bisogni non sono solo quelli definiti dalle condizioni cliniche, ma quelli determinati dalla sua capacità di risposta ad essa, sostenuta od ostacolata dal contesto di vita specifico in cui la persona è inserita.

Ne consegue che nella presa in carico globale dell'assistito, l'infermiere di comunità valuta l'ambiente domestico, il contributo del supporto familiare e/o del caregiver, le condizioni fisiche e lo stato psicologico del soggetto, l'adesione al piano terapeutico, la sua capacità a fronteggiare i cambiamenti nello stile di vita e a gestire la condizione di malattia cronica con consapevolezza (patient engagement), nonché la formazione-addestramento alle attività di self-care. Assume inoltre un ruolo fondamentale per la promozione della salute, la prevenzione di ulteriori malattie e la riabilitazione. Ne deriva che all'infermiere di comunità, vengono richieste risposte relative allo sviluppo della prevenzione primaria e secondaria, educazione terapeutica, attività di counseling e costruzione di interazione con la famiglia, nonché la predisposizione a realizzare piani assistenziali integrati mantenendo sinergie interprofessionali.

Obiettivi

- Valutazione dei bisogni di salute della comunità
- Promozione della salute e di prevenzione primaria, secondaria e terziaria
- Presa in carico delle persone con malattie croniche

- Relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica con gli assistiti
- Valutazione personalizzata dei problemi socio-sanitari che influenzano la salute, in collaborazione con gli altri attori delle cure, per la loro risoluzione
- Definizione di programmi di intervento basata su prove scientifiche di efficacia
- Definizione di ambiti e problemi di ricerca clinica e sociale

Benefici

- La qualità di vita della persona assistita e della famiglia/caregiver, attraverso l'engagement e l'empowerment a favore del mantenimento di autonomia e capacità di cura;
- La presa in carico attraverso la ricomposizione dei percorsi e la realizzazione di attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri ed altri professionisti, al fine di integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali;
- La qualità e sicurezza delle prestazioni attraverso l'utilizzo efficace dei servizi presenti e la valutazione delle prestazioni/attività e relativi outcome.
- Favorire la promozione della salute della popolazione attraverso interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria, influenzando positivamente la qualità della vita e delle persone assistite;
- Aumentare l'accessibilità e l'orientamento ai servizi favorendo la realizzazione della continuità assistenziale, al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita e l'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale, in raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali, poli della rete e le diverse professionalità presenti sul territorio;
- Concorrere a contrastare l'istituzionalizzazione "fragilità" attraverso l'educazione e il supporto dei pazienti al self management e aumentando la responsabilizzazione delle famiglie (percorsi di engagement);
- Riduzione dei costi diretti dell'assistenza, a seguito di attività di prevenzione diffusa e individuazione precoce dei bisogni della popolazione;
- Riduzione del volume di attività dell'assistenza ospedaliera al paziente fragile e riduzione accessi inappropriati ai Pronto Soccorso (rafforzamento indice continuità assistenziale);
- Facilitare le dimissioni precoci in modo protetto;
- Influenzare positivamente la qualità e la sicurezza delle risposte ai bisogni di salute della popolazione anche attraverso la rilevazione della soddisfazione delle persone assistite.

Coinvolgimento del paziente

Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica

Paziente/i

Famigliare/i

Rappresentante/i del paziente

Organizzazione/i del paziente

Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'applicazione pratica.

Risultati

44 IFEC attivi su 22 sedi in Provincia di Ferrara

Utenti in carico 2.703

Totale interventi 106.461

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA di FERRARA	
TITOLO ESPERIENZA	
<i>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA A PAZIENTI E FAMIGLIE PER LA PREVENZIONE DI CADUTE E CONTENZIONE IN OSPEDALE</i>	
Referente esperienza Michele Chiarini - m.chiarini@ospfe.it	
Strategia OMS Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie	
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract All'interno delle procedure ed istruzioni operative Aziendali durante il recente aggiornamento delle stesse, è stato inserito un focus riguardante il coinvolgimento del paziente, familiare e caregiver per la prevenzione delle cadute e della contenzione in Ospedale. Attraverso l'educazione dei paziente/familiare/caregiver fornita dal Professionista dell'Assistenza al momento del ricovero, e durante il periodo di degenza, si sottolinea l'importanza del coinvolgimento delle figure precedentemente descritte ai fini di mettere in atto e tracciare le attività di prevenzione. Gli strumenti consistono non solo nella creazione e diffusione di opuscoli ad hoc per pazienti, famigliari e caregiver ma discutere insieme cercando di personalizzare le informazioni fornite in relazione alle esigenze del paziente	
Obiettivi Coinvolgere e rendere consapevoli paziente, familiari, caregiver nell'ambito della prevenzione del rischio di caduta e contenzione	
Benefici Attenuazione dell'evento caduta e contenzione	
Coinvolgimento del paziente Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica <ul style="list-style-type: none"> - Paziente/i - Familiare/i - Rappresentante/i del paziente Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'implementazione della pratica.	
Risultati -	

AZIENDA USL della ROMAGNA	
TITOLO ESPERIENZA	
<i>IMPLEMENTAZIONE DELLA CONSEGNA AL LETTO IN DEGENZE PER ACUTI</i>	
Referente esperienza Gaia Cetera, Cristina Fabbri, Marilena Montalti, Ilenia Tenti – Ilenia.tenti@auslromagna.it	
Strategia OMS Accrescere il ruolo e la capacità di advocacy dei pazienti e familiari	
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract	
<p>Il passaggio di consegne si riferisce al processo di trasferimento della responsabilità professionale di un gruppo di pazienti da un professionista all'altro. È considerato dalle organizzazioni internazionali una componente cruciale dei sistemi sanitari, perché ha lo scopo di garantire la sicurezza delle cure e la continuità assistenziale. Oltre al passaggio di responsabilità avviene, infatti, anche il trasferimento delle informazioni relative agli assistiti e questo si deve compiere attraverso una comunicazione efficace.</p> <p>Nel corso dell'anno 2021-22 è stato implementato in alcune Unità Operative dell'Ambito di Rimini – AUSL Romagna il modello di passaggio di consegne al letto del paziente.</p> <p>Le consegne al letto del paziente (CLP) consistono nel trasferimento del passaggio di consegne dalla guardiola, luogo solitamente dedicato a questa attività, alla stanza di degenza dell'assistito, con il suo coinvolgimento. Questo modello è raccomandato da diversi studi perché costituisce un approccio centrato sul paziente, promuove la continuità delle cure e aumenta la soddisfazione di pazienti e professionisti.</p> <p>Il progetto ha avuto lo scopo di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure e l'umanizzazione dell'assistenza attraverso il coinvolgimento attivo del paziente. Il progetto è partito con una fase pilota di sperimentazione nell'U.O. di Medicina 2 – Gastroenterologia, dove è stato condotto un evento formativo specifico, un'indagine preliminare del contesto e un'analisi degli indicatori di efficacia. Dopo aver valutato la fattibilità e il raggiungimento dei risultati attesi si è provveduto a estendere il modello in altre Unità Operative.</p> <p>Al cambio turno gli infermieri sono soliti scambiarsi informazioni sulle persone a cui prestano assistenza. Questo passaggio di consegna è in realtà un passaggio di responsabilità tra chi lascia il servizio e chi lo prende. Da consuetudine storica gli infermieri si incontrano per fare questo nelle guardiole dei reparti che sono luoghi dove non hanno accesso le persone assistite.</p> <p>In alcuni reparti dell'Ospedale di Rimini si è implementato un nuovo modello per il passaggio di consegna già descritto nella letteratura scientifica. Tale modello prevede che gli infermieri si passino le informazioni direttamente al letto delle persone ricoverate, affinché queste ultime possano essere coinvolte nei ragionamenti e nelle riflessioni sul loro stato di salute. Il fine ultimo è far sì che gli infermieri si possano concentrare sui bisogni percepiti dagli stessi assistiti che partecipano attivamente al piano di cure infermieristiche e coinvolgere attivamente il paziente nello scambio di informazioni, promuovendo l'empowerment per un processo decisionale condiviso. Il paziente diventa così un membro attivo all'interno del team sanitario con conseguenti benefici in termini di sicurezza, soddisfazione e miglioramento degli esiti sanitari. Si sa infatti che i cittadini sono i primi ad intercettare i potenziali rischi di errore che nell'organizzazione sanitaria, seppur involontariamente, sono possibili.</p> <p>Direttamente in stanza di degenza, al letto, l'infermiere del turno del mattino presenta l'infermiere che starà con il paziente per il turno del pomeriggio e che sarà responsabile dell'assistenza erogata.</p> <p>Per le persone ricoverate il vantaggio è avere chiaro chi è l'operatore di riferimento per ogni turno e poter dare il proprio punto di vista su tutti gli aspetti che lo riguardano. Questa pratica indubbiamente avvicina gli infermieri ai loro assistiti e li rende uniti nel raggiungimento di obiettivi comuni.</p>	
Obiettivi	
Implementare il passaggio di consegne al letto del paziente	
OBIETTIVO ORGANIZZATIVO	

Migliorare il passaggio di consegne per garantire la qualità della cura, aumentare l'umanizzazione dell'assistenza e la sicurezza del paziente.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Aumentare il coinvolgimento attivo del paziente nel suo percorso di cura.
- Assicurare una trasmissione efficace delle informazioni.
- Ridurre le interruzioni che si verificano durante il passaggio di consegne e la perdita di informazioni.
- Riduzione gli errori ed eventi avversi legati a problemi di comunicazione.
- Migliorare la sicurezza e la soddisfazione dei pazienti.
- Personalizzare l'assistenza e potenziare la presa in carico globale della persona.
- Aumentare il benessere e la soddisfazione del team assistenziale.

Benefici

Outcome principale:

- Aumento della qualità del passaggio di consegne.

Outcome secondari:

- Aumento del coinvolgimento partecipazione attiva del paziente nel suo percorso di cura.
- Riduzione della frequenza delle interruzioni durante il passaggio di consegne.
- Riduzione della perdita di informazioni.
- Aumento della completezza e della chiarezza delle informazioni trasmesse.
- Aumento della sorveglianza degli assistiti durante il passaggio di consegne.
- Aumento della sicurezza e della soddisfazione degli assistiti.
- Aumento del benessere e della soddisfazione del personale.

Il passaggio di consegne al letto ha l'obiettivo di coinvolgere attivamente il paziente nello scambio di informazioni, promuovendo l'empowerment per un processo decisionale condiviso. Il paziente diventa così un membro attivo all'interno del team sanitario con conseguenti benefici in termini di sicurezza, soddisfazione e miglioramento degli esiti sanitari.

Coinvolgimento del paziente

Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica

Paziente/i

Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'applicazione della pratica

Risultati

La valutazione dell'efficacia è stata effettuata attraverso due strumenti che hanno indagato determinati indicatori:

1. Osservazione diretta del passaggio di consegne con utilizzo di una griglia di osservazione.
2. Somministrazione di un questionario che indagava la percezione dei professionisti.

Gli indicatori valutati sono stati:

- Coinvolgimento del paziente (griglia di osservazione).
- Durata del passaggio di consegne (griglia di osservazione).
- Numero delle interruzioni e relative caratteristiche (griglia di osservazione).
- Presenza di giudizi personali riguardanti i pazienti (griglia di osservazione).
- Presenza dell'OSS durante lo scambio di informazioni (griglia di osservazione).
- Qualità percepita (questionario ai professionisti).
- Completezza e chiarezza delle informazioni ricevute (questionario ai professionisti).
- Sorveglianza dei pazienti durante il passaggio di consegne (griglia di osservazione).
- Soddisfazione dei professionisti (questionario ai professionisti).

AZIENDA USL della ROMAGNA	
TITOLO ESPERIENZA	
<i>PROGRAMMA ERAS IN CHIRURGIA COLO-RETTALE: IL PAZIENTE AL CENTRO DELLE CURE</i>	
Referente esperienza Gianluca Garulli, Mattia Portinari , Basilio Pirrera e Denise Lombardi - gianluca.garulli@auslromagna.it	
Strategia OMS Accrescere il ruolo e la capacità di advocacy dei pazienti e familiari	
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input checked="" type="checkbox"/>
Abstract	
<p>I protocolli di Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) sono programmi di cure perioperatorie basati sulle evidenze scientifiche e sull'approccio multidisciplinare che permettono di ridurre lo stress indotto dall'intervento agendo sulla riduzione del trauma chirurgico e modulando la risposta metabolica allo stesso, con una conseguente minor perdita della capacità funzionale e un più rapido recupero postoperatorio rispetto ai protocolli di cure tradizionali. Pertanto, i protocolli ERAS hanno permesso una significativa riduzione delle complicanze mediche post-operatorie (i.e. cardiologiche e polmonari), della degenza ospedaliera, del carico di lavoro infermieristico, e dei costi sanitari, senza aumentare le complicanze chirurgiche e i reingressi. Alla luce degli evidenti vantaggi, tali protocolli sono quotidianamente utilizzati presso l'Unità Operativa di Chirurgia Generale e d'Urgenza dell'Ospedale Infermi di Rimini, un centro che ha ottenuto la certificazione internazionale dell'ERAS Society. Il percorso di cure ERAS prevede 3 fasi principali: una fase di pre-ospedalizzazione, una fase intraoperatoria ed una fase post-operatoria. Durante tutte queste fasi il paziente è il protagonista del percorso partecipando attivamente alla preparazione preoperatoria necessaria per affrontare l'intervento chirurgico ed al recupero funzionale postoperatorio utile per una guarigione precoce. In questa prospettiva il coinvolgimento attivo del paziente diventa un obiettivo centrale che orienta la relazione fra chi eroga le cure e chi riceve l'intervento. Grazie all'applicazione dei protocolli ERAS, la maggior parte dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di resezione colo-rettale presso la nostra Unità Operativa di Chirurgia vengono dimessi dall'ospedale 2 giorni dopo l'intervento chirurgico e rientrano in sicurezza al domicilio grazie ad un programma di monitoraggio telematico quotidiano attuato fino al primo controllo ambulatoriale che avviene dopo 7 giorni dalla dimissione. Il monitoraggio telematico postoperatorio è essenziale per identificare precocemente eventuali complicanze e per garantire il trattamento precoce delle stesse. A tutto questo si aggiunge: nella fase di pre-ospedalizzazione, una attenta definizione dei percorsi assistenziali dedicati ai pazienti fragili, anche grazie ad una stretta collaborazione con l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); nella fase post-dimissione, la disponibilità di un ambulatorio specialistico per la gestione delle enterostomie, necessario per il supporto dei pazienti e dei familiari nel percorso di addestramento e cura.</p>	
Obiettivi	
Sfruttando i vantaggi ottenuti dalle tecniche mini-invasive associate ai percorsi ERAS, l'obiettivo è migliorare ulteriormente il recupero funzionale postoperatorio, ridurre le complicanze e diminuire la variabilità nella pratica, che a sua volta si rifletterà in una degenza ospedaliera più breve, costi inferiori e una maggiore soddisfazione del paziente.	
Benefici	
I protocolli ERAS sono programmi di cure perioperatorie basati sulle evidenze scientifiche e sull'approccio multidisciplinare che permettono di ridurre lo stress indotto dall'intervento agendo sulla riduzione del trauma chirurgico e modulando la risposta metabolica allo stesso, con una conseguente minor perdita della capacità funzionale e un più rapido recupero postoperatorio rispetto ai protocolli di cure tradizionali. Pertanto, i protocolli ERAS hanno permesso una significativa riduzione delle complicanze mediche post-operatorie (i.e. cardiologiche e polmonari), della degenza ospedaliera, del carico di lavoro infermieristico, e dei costi sanitari, senza aumentare le complicanze chirurgiche e i reingressi. Tali protocolli sono progettati per migliorare la qualità dell'assistenza e i risultati per i pazienti chirurgici ottimizzando l'intero percorso di assistenza preoperatoria, comprese le cure	

preoperatorie, intraoperatorie e postoperatorie. Quindi è fondamentale intervenire non solo nel periodo preoperatorio, ma anche nella fase di pre-ospedalizzazione ottimizzando la capacità funzionale e la riserva fisiologica di base con esercizi mirati, raggiungendo condizioni di compenso di patologie croniche (e.g. diabete, pneumopatie, cardiopatie) ed intervenendo su tutti quei fattori modificabili (e.g. stato nutrizionale, anemia) che possono essere correlati alle complicanze postoperatorie. Tuttavia, tali protocolli comportano un cambiamento sia nella gestione clinica del paziente, sia nell'organizzazione e nella cultura sanitaria per implementare e sostenere efficacemente il programma. Infatti, i programmi ERAS non sono semplicemente un insieme di linee guida o protocolli, ma rappresentano un modello organizzativo sanitario completo che enfatizza un approccio di gruppo multidisciplinare, un'assistenza centrata sul paziente, un miglioramento continuo della qualità e una raccolta e analisi dei dati standardizzate. Pertanto, i vantaggi organizzativi legati ai protocolli ERAS possono essere i seguenti:

1. Aumento dell'efficienza: i protocolli ERAS sono progettati per ottimizzare le cure e ridurre gli sprechi, rendendo le organizzazioni sanitarie più efficienti.
2. Migliore utilizzo delle risorse: i protocolli ERAS possono contribuire a una migliore utilizzazione delle risorse, come i letti ospedalieri e il personale. Riducendo la durata del ricovero e migliorando gli esiti dei pazienti, le organizzazioni sanitarie possono massimizzare l'uso delle proprie risorse e fornire cure al maggior numero possibile di pazienti.
3. Miglioramento della comunicazione e coordinamento: i protocolli ERAS richiedono una stretta collaborazione e comunicazione tra diversi professionisti sanitari, per esempio, tra cui chirurghi, anestesisti e personale infermieristico. Pertanto, una migliore comunicazione e coordinamento possono contribuire a garantire le migliori cure possibili per i pazienti.

Coinvolgimento del paziente

Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica

- Paziente/i
- Familiare/i

Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'applicazione della pratica

Risultati

Chirurgia colo-rettale

- progressivo incremento dell'aderenza al protocollo nel tempo, i dati attuali sono: fase di preospedalizzazione: 86%; fase peri operatoria 89.2%
- progressivo miglioramento della durata della degenza, i dati attuali sono: mediana 2 giorni
- progressiva riduzione dell'accesso in terapia intensiva nel post-operatorio, i dati attuali sono 0,6%
- progressiva riduzione delle complicanze gravi a 30 giorni, i dati attuali sono: 5,1%
- stabilità nei reinterventi a 30 giorni, i dati attuali sono: 4,5%
- stabilità nei reingressi a 30 giorni, i dati attuali sono: 10%

AZIENDA USL della ROMAGNA	
TITOLO ESPERIENZA	
<i>CAMPAGNA COMUNICATIVA DELLA CITTADINANZA ALLA CITTADINANZA PER IL CORRETTO USO DEL PRONTO SOCCORSO</i>	
Referente esperienza Katia Prati e Roberta Mazzoni - katia.prati@auslromagna.it	
Strategia OMS Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie	
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input checked="" type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract L'aumento degli accessi al Pronto Soccorso, i lunghi tempi di attesa, le aspettative del cittadino che accede al servizio di urgenza-emergenza, la violenza sugli operatori, sono rappresentativi di una situazione di disagio, vissuta sia dai cittadini/utenti, che dagli operatori. La causa principale va ricercata nella scarsa conoscenza da parte della popolazione, della mission del pronto soccorso, e dei servizi che questo può offrire all'utenza Obiettivo di questo progetto, è realizzare una campagna comunicativa sul corretto uso del Pronto Soccorso, inteso come servizio di emergenza, realizzato a 4 mani: da una parte il cittadino e dall'altra il Pronto Soccorso. Gli indicatori che si andranno ad osservare: riduzione degli accessi al PS, per problemi di bassa gravità (codici bianchi e verdi), riduzione delle segnalazioni URP, riduzione degli episodi di aggressione agli operatori	
Obiettivi Implementare una campagna comunicativa esterna, attraverso la realizzazione di dépliant informativo e poster/manifesti. Implementare una campagna comunicativa interna, attraverso la realizzazione di Decalogo sul corretto comportamento dell'utente in Pronto Soccorso.	
Benefici <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione degli accessi al PS, per problemi di bassa gravità (codici bianchi e verdi), quindi definiti impropri - Miglioramento dei tempi di trattamento - Riduzione delle segnalazioni da parte dei cittadini (URP, Giornali, Social, ecc.) - Aumento del gradimento dell'utente per il servizio ricevuto - Riduzione degli episodi di aggressione agli operatori - Riduzione del contenzioso (principalmente relativo all'applicazione del ticket) 	
Coinvolgimento del paziente Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica <ul style="list-style-type: none"> - Paziente/i - Familiare/i - Rappresentante/i del paziente - Organizzazione/i del paziente Il paziente/cittadino viene coinvolto durante la progettazione della pratica	
Risultati Il report con i risultati è in via di costruzione e a breve saranno disponibili i risultati.	

AZIENDA USL della ROMAGNA

TITOLO ESPERIENZA

IL FARMACISTA CLINICO NELLA TRANSIZIONE DELLE CURE

Referente esperienza

Fabio Pieraccini, Monica Mussoni, Carito Zenico, Azzurra Bernabei e Michela Navi
dirtecassfarmaceutica@auslromagna.it

Strategia OMS

Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie

Ambito

Ambito ospedaliero

Ambito territoriale

Ambito ospedale-territorio

Abstract

Secondo il Rapporto Osmed sull'uso dei farmaci in Italia nel 2021 circa il 66,6% degli utilizzatori anziani ha ricevuto prescrizioni di almeno 5 diversi farmaci e circa un soggetto su 4 (26,85) di età pari o superiore ai 65 anni assume almeno 10 principi attivi diversi, indicando un frequente ricorso alla politerapia negli over-sessantacinquenni.

La politerapia è correlata a:

- ridotta aderenza terapeutica;
- aumento di interazioni farmacologiche;
- aumento di reazioni avverse (ADRs);
- prescrizione di classi di farmaci potenzialmente capaci di causare tossicità nel paziente anziano.

La politerapia è associata al rischio di scarsa aderenza terapeutica che, può comportare una potenziale progressione della malattia, fallimento terapeutico e ricovero in ospedale.

La popolazione anziana è particolarmente coinvolta in questa situazione nella transazioni delle cure, fasi durante le quali il paziente anziano è soggetto a rischio di errori dovuti a comunicazione non efficace e perdita accidentale di informazioni.

Il DM 77/22 ha identificato nel farmacista il referente dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico (interazioni farmacologiche, dosaggio, formulazione, farmacovigilanza; sostenibilità economica).

La conoscenza puntuale della terapia farmacologica è un elemento fondamentale per garantire la sicurezza del paziente, prevenire gli errori in terapia e le reazioni avverse al farmaco, realizzare l'appropriatezza delle cure prescritte, non solo in ambito ospedaliero, ma anche in quello territoriale e nelle transizioni di cura. In tale ottica il Ministero della Salute ha emanato la Raccomandazione n.17 per una corretta riconciliazione della terapia farmacologica.

Inoltre, la Raccomandazione regionale sulla sicurezza delle cure n.4 e la Raccomandazione Ministeriale n.19 intervengono sul tema della possibilità di alterare la forma farmaceutica originale, quando le condizioni del paziente impediscano l'assunzione ordinaria della forma farmaceutica orale integra, ad esempio, attraverso le operazioni di triturazione, polverizzazione o diluizione, nell'ottica del miglioramento dell'attività farmacologica correlata all'assunzione.

Il progetto costituisce un ulteriore sviluppo della sperimentazione già in essere del Farmacista Clinico nel team multidisciplinare presente nell'Ospedale di Comunità (Osco), il cui ruolo è supportare il processo decisionale del medico e dell'infermiere attraverso una revisione globale della terapia, individuare strumenti e metodologie per fornire supporto nella gestione di pazienti complessi con patologie croniche in politerapia, migliorare la gestione di farmaci e dispositivi medici.

Il Farmacista Clinico, appositamente formato, avendo accesso ai dati clinici dei pazienti può facilmente individuare eventuali punti critici e potenziali inapproprietezze prescrittive, fornendo strumenti ai medici per apportare strategie correttive a supporto della *medication review* e agli infermieri per una corretta somministrazione e gestione dei farmaci. Inoltre, può svolgere attività di counseling in dimissione sul paziente e/o caregiver al fine di ottimizzare la gestione della terapia al domicilio e migliorare l'aderenza terapeutica.

Durante il counseling il Farmacista Clinico provvede a:

- spiegare dettagliatamente la modalità di assunzione di ogni farmaco presente nel diario terapeutico rilasciato al

- paziente;
- illustrare i contenuti di eventuali schede informative fornite;
 - addestrare all'uso di eventuali device e verificarne l'apprendimento della tecnica;
 - sollecitare l'espressione di dubbi, insicurezze, perplessità e fornire ulteriori informazioni;
 - sensibilizzare alla segnalazione di ogni evento avverso che dovesse comparire a domicilio;
 - fornire i recapiti per eventuali necessità di chiarimenti sulla terapia.

Obiettivi

Attuare un counseling mirato e personalizzato per singolo paziente in fase di dimissione ospedaliera dall'Osco di Forlimpopoli effettuato dal Farmacista Clinico unitamente all'Infermiere Case Manager (ICM) per offrire al paziente/caregiver le conoscenze necessarie a gestire in maniera sicura i farmaci da assumere a domicilio.

Viene rilasciato al paziente e/o caregiver un diario terapia e schede informative per aiutarlo nella corretta gestione dei farmaci.

Il tutto è finalizzato ad attuare una ottimale educazione terapeutica al paziente e/o caregiver evitando possibili errori derivanti da una sbagliata interpretazione delle modalità di assunzione dei medicinali.

Benefici

Fornire ai pazienti e/o caregiver gli strumenti per migliorare l'aderenza terapeutica e la sicurezza delle cure.

Coinvolgimento del paziente

Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica

Paziente/i

Famigliare/i

Organizzazione/i del paziente

Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'applicazione della pratica.

Risultati



**Ricognizioni e Riconciliazioni effettuate
risultati dal 20/04/22 al 30/04/23**

-N. pz ricoverati → **n. 370**

-N. pz a cui è stata effettuata la Ricognizione Farmacologica → **n. 315** (85% dei pz ricoverati) di cui:

-N. pz Riconciliati dal medico → **n. 302** (96 % delle Ricognizioni)

-N. pz **NON** Riconciliati dal medico → **n. 13** (4 % delle Ricognizioni)

OsCo	2022												2023				TOTALI
	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE				
N° pz Ricoverati (i pazienti registrati nell'intervallo di riferimento che risultano dimessi)	15	23	31	33	33	32	35	32	31	28	22	39	16	370			
N° Ricognizioni	incontri preliminari	incontri preliminari	23	27	30	32	35	32	31	28	22	39	16	315			
N° Riconciliazioni	incontri preliminari	incontri preliminari	14	26	30	30	35	32	30	28	22	39	16	302			
N° Pazienti Non Riconciliati	incontri preliminari	incontri preliminari	9	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0	13			
N° Diari Terapia Consegnati					16	27	35	32	30	28	13	39	16	236			
N° Counseling Eseguiti					8	13	12	16	17	13	8	14	7	108			

RICOGNIZIONI	
PZ OsCo	n.
N. pz a cui è stata effettuata la Ricognizione Farmacologica	315
n. pz con BEERS per inapproprietezza	138
(n. farmaci Beers riscontrati)	170
n. pz con interazioni su UpToDate	216
(n. interazioni riscontrate)	459

RICONCILIAZIONI	
PZ OsCo	n.
N. pz riconciliati dal medico	302
n. pz con deprescrizioni	108
(n. deprescrizioni)	149
n. pz con sostituzioni di terapia	16
(n. sostituzioni)	16



34% dei pz a cui è stata fatta la Ricognizione



5% dei pz a cui è stata fatta la Ricognizione

AZIENDA USL della ROMAGNA	
TITOLO ESPERIENZA	
<i>SOSTITUZIONE PEG (GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA) AL DOMICILIO/CRA DA PARTE DEL PROFESSIONISTA INFERMIERE</i>	
Referente esperienza	
Patrizia Gualandi - patrizia.gualandi@auslromagna.it	
Strategia OMS	
Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie	
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input checked="" type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract	
<p>Il progetto ha lo scopo favorire la sostituzione della PEG a domicilio e nelle CRA accreditate identificate da parte del personale infermieristico, evitando l'accesso in ospedale del paziente, e diminuendo il tempo di attesa per la sostituzione della PEG.</p> <p>Gli infermieri individuati per il progetto sono stati adeguatamente formati tramite formazione sul campo.</p> <p>Il familiare/caregiver del paziente è destinatario di interventi di educazione sanitaria per la gestione quotidiana della PEG e dell'alimentazione del paziente, per la risoluzione di piccoli problemi che potrebbero verificarsi, ed è informato dei riferimenti cui rivolgersi in caso di necessità.</p> <p>L'efficacia del progetto viene rilevata tramite i seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - numero di PEG sostituite senza ospedalizzazione (valore atteso pari o superiore al 90%) - PEG sostituite in ambito ospedaliero per criticità rilevate (valore atteso pari o inferiore al 10%) - somministrazione di questionario di gradimento al paziente sottoposto a sostituzione PEG (o in alternativa al caregiver). <p>Il progetto prevede che personale infermieristico appositamente addestrato provveda alla sostituzione della PEG al domicilio del paziente, o presso la CRA in cui risiede, al fine di evitare l'accesso in ospedale per problematiche legate alla PEG stessa.</p> <p>Il coinvolgimento del caregiver avviene tramite educazione alla gestione quotidiana dell'alimentazione tramite PEG e alla risoluzione di piccoli problemi che potrebbero presentarsi. È inoltre garantito il supporto da parte del personale infermieristico per qualsiasi problema legato alla gestione della PEG, o per valutare la necessità di recarsi in ospedale.</p>	
Obiettivi	
<p>Formazione di professionisti infermieri del Servizio Infermieristico Domiciliare e delle CRA aderenti al progetto, tramite formazione sul campo con progetto formativo definito.</p> <p>Progettazione e realizzazione di interventi di educazione sanitaria diretti ai familiari/caregiver dei pazienti portatori di PEG, al fine di renderli autonomi nella gestione quotidiana della alimentazione del paziente, e nella risoluzione di piccoli problemi, garantendo contemporaneamente un supporto in caso di necessità o dubbi.</p> <p>Garantire un percorso dedicato al paziente che necessita di sostituzione di PEG in ambiente ospedaliero a causa di eventuali criticità individuate dai professionisti infermieri, in raccordo con il Servizio di Endoscopia Digestiva.</p> <p>Ridurre gli accessi in Pronto Soccorso di pazienti portatori di PEG, dovuti a problemi risolvibili a domicilio.</p>	
Benefici	
<ul style="list-style-type: none"> - migliore qualità della vita del paziente, che viene efficacemente gestito a domicilio - riduzione delle complicanze legate alla gestione quotidiana della PEG e della nutrizione/idratazione tramite PEG stessa - riduzione dei tempi di attesa in caso di necessità di sostituzione PEG in ambiente ospedaliero - riduzione degli accessi in Pronto Soccorso - sviluppo professionale degli infermieri del Servizio Infermieristico Domiciliare e delle CRA 	
Coinvolgimento del paziente	
<p>Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica Famigliare/i Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'applicazione pratica</p>	

Risultati

- il numero di sostituzioni PEG effettuate al domicilio rientra nel valore atteso definito dall'indicatore
- il numero di sostituzioni PEG effettuate in CRA è al di sotto del valore atteso definito dall'indicatore
- il livello di soddisfazione rilevato con questionario di gradimento è "buono"

AZIENDA USL della ROMAGNA	
TITOLO ESPERIENZA	
<i>EARLY BOARDING: FACILITAZIONE DEL FLUSSO DEI RICOVERI DA PS E MEDICINA D'URGENZA VERSO UOOO DI DEGENZA MEDICA</i>	
Referente esperienza Cristina Fabbri, Matteo Ciotti, Simonetta Fancelli e Marilena Montalti marilena.montalti@auslromagna.it	
Strategia OMS Sviluppo di politiche e programmi con i pazienti	
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract	
<p>La proposta del progetto è quella di rimodulare il percorso dei ricoveri dal Pronto Soccorso e dalla Medicina d'urgenza di Rimini verso le Unità Operative di area medica con una presa in carico precoce del personale infermieristico per pazienti che presentano Score Mews < =3.</p> <p>Nell'ottica di snellire e mettere in sicurezza il flusso dei pazienti all'interno di un grande ospedale Hub, è emersa la necessità di garantire i ricoveri nella fascia oraria diurna per permettere ritmi più vicini alle esigenze degli assistiti. È noto come la lunga permanenza delle persone nei Pronto Soccorsi peggiori gli outcome clinico-assistenziali e non sia garanzia di comfort. Ridurre il numero delle persone in carico agli operatori del Pronto Soccorso permette il focus sui nuovi accessi. Solitamente, infatti, assistiti con stabilità clinica presentano necessità assistenziali elevate con una discrepanza tra intensità clinica e complessità assistenziale.</p> <p>Inoltre, le presenze del personale infermieristico e OSS all'interno delle Unità Operative di Degenza sono definite affinché nelle ore notturne ci si possa concentrare sulla sorveglianza, riducendo le attività routinarie a garanzia delle diagnosi infermieristiche di: Riposo e Sonno, Gestione del Delirium, Rischio di Caduta, Deficit della cura di sé (cure igieniche sui bisogni umani fondamentali). Anche per quanto riguarda il personale medico lo schieramento del turno notturno prevede una riduzione rispetto al diurno.</p> <p>Obiettivi del progetto: riduzione del tempo di boarding, riduzione ricoveri notturni, migliore distribuzione dei ricoveri fra turno mattutino e pomeridiano e notturno, ottimizzazione della risorsa posto letto nelle UUOO di degenza, sicurezza/appropriatezza presa in carico dell'assistito.</p>	
Obiettivi	
<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione del tempo di boarding; - Riduzione ricoveri notturni; - Migliore distribuzione dei ricoveri fra turno mattutino, pomeridiano e notturno. 	
Benefici	
<p><i>Outcome principale:</i> Raggiungimento obiettivo di Budget (% casi con tempo di boarding 1-3 ore target < =30%)</p> <p><i>Outcome secondari:</i> Riduzione n° assoluto ricoveri notturni rispetto al primo semestre 2022</p>	
Coinvolgimento del paziente	
<p>Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paziente/i - Familiare/i <p>Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'applicazione della pratica.</p>	
Risultati	
<p><u>Indicatori di processo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Assenza eventi avversi / report su sicurezza delle cure: nessun evento avverso ricollegabile all'implementazione della pratica - Numero assoluto di pazienti anticipati: 133 - Corrispondenza tra Mews PS e Mews Degenze:46,55% 	

- Ricoveri notturni/numero totale ricoveri: 23,6%
- Raggiungimento obiettivo di Budget (% casi con tempo di boarding 1-3 ore target $\leq 30\%$): in corso
- Riduzione n° assoluti ricoveri notturni rispetto al primo semestre 2022: in corso

AZIENDA USL della ROMAGNA	
TITOLO ESPERIENZA	
<i>PROGETTO FORMATIVO PER I CAREGIVER: LA GESTIONE DELLA TRACHEOSTOMIA A DOMICILIO</i>	
Referente esperienza Alice Aldini - alice.aldini@auslromagna.it	
Strategia OMS Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie	
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input checked="" type="checkbox"/>
Abstract	
<p>La crescente necessità di potenziare le attività assistenziali territoriali e di incentivare le cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza (DM 77, 2022) ha portato il Servizio Infermieristico Domiciliare in collaborazione con l'Unità Operativa Medicina d'Urgenza e Gestione del Rischio a rivedere le modalità di passaggio di informazione tra ospedale/territorio e nello specifico si è ritenuto prioritario investire in un progetto trasversale di miglioramento che coinvolgesse direttamente pazienti e caregiver nella gestione della tracheostomia e nelle procedure ad essa correlate fin dalle fasi di pre-dimissione in ospedale.</p> <p>Ad ottobre 2022 è iniziato un progetto di miglioramento riguardante l'educazione e la formazione dei caregiver nella gestione a domicilio del dispositivo tracheostomia. Il progetto ha l'obiettivo di strutturare un percorso di educazione e addestramento teorico-pratico alle buone pratiche nella gestione della tracheostomia e delle procedure ad essa correlate, al fine di migliorare la sicurezza sul paziente a domicilio e aumentare la sicurezza dei caregiver nell'effettuare la procedura. Gli strumenti ideati per realizzare il percorso educativo/formativo sono stati i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - check list formativa: nella quale l'infermiere, prima della dimissione del paziente, informa il caregiver sulle buone pratiche nella gestione del dispositivo in oggetto. Lo strumento prevede una prima fase nella quale il caregiver ascolta e osserva l'infermiere mentre effettua la procedura sul paziente, una seconda fase nella quale il caregiver effettua la procedura col supporto dell'infermiere e un'ultima fase nella quale il caregiver effettua in autonomia, ma sotto la supervisione dell'infermiere la gestione del dispositivo e delle procedure correlate. - Opuscolo informativo cartaceo nella quale vi sono le informazioni generali e le buone pratiche nella gestione della tracheostomia - Video tutorial 	
Obiettivi	
Definire un percorso strutturato di educazione e formazione dei caregiver fin, dall'ospedale, al fine di aumentare la percezione di sicurezza di caregiver e pazienti a domicilio nella gestione della tracheostomia e delle procedure ad essa correlate (aspirazione, medicazione, gestione cannula, ecc.)	
Benefici	
I benefici attesi dalla creazione di un percorso strutturato di educazione e formazione dei caregiver che inizia già in ospedale e che può continuare, se necessario, a domicilio col supporto del Servizio Infermieristico Domiciliare sono i seguenti:	
<ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento passaggio informativo/formativo tra ospedale-territorio-paziente/caregiver sulla gestione del dispositivo tracheostomia; - Aumento della percezione di sicurezza di caregiver e pazienti a domicilio nella gestione della tracheostomia e delle procedure ad essa correlate (aspirazione, medicazione, gestione cannula, ecc.); - Diminuzione dei tempi per effettuare formazione a domicilio del paziente; - Riduzione complicanze correlate alla gestione della tracheostomia. 	
Coinvolgimento del paziente	
Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica	
<ul style="list-style-type: none"> - Paziente/i - Familiare/i 	
Il paziente/cittadino viene coinvolto durante la valutazione della pratica	

Risultati

- n° caregiver formati
- n° segnalazioni eventi avversi/totale formazioni effettuate

AZIENDA USL della ROMAGNA	
TITOLO ESPERIENZA	
<i>ORGANIZZAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI UN AMBULATORIO A GESTIONE INFERMIERISTICA NEL PRONTO SOCCORSO DI RIMINI SECONDO IL MODELLO SEE AND TREAT</i>	
Referente esperienza	
Cristina Fabbri, Bianca Caruso, Simonetta Fancelli e Tiziana Perin simonetta.fancelli@auslromagna.it	
Strategia OMS	
Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie	
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract	
<p>L'afflusso di pazienti affetti da problemi di salute minori rappresenta una delle cause principali del sovraccollimento del Pronto Soccorso. Il modello del "See and Treat" introdotto in Inghilterra e in alcune realtà italiane si è rivelato efficace nel rispondere a tale esigenza. Questo modello prevede la valutazione del paziente con problemi clinici minori da parte di un infermiere con competenze avanzate, che abbia conseguito uno specifico percorso di formazione e che, per i problemi clinici minori, operi nel rispetto di protocolli clinico-assistenziali di trattamento. L'utente informato della possibilità di accedere all'ambulatorio infermieristico decide se accettare il percorso proposto.</p> <p>Il progetto prevede l'attivazione di un ambulatorio See and Treat dedicato al trattamento degli utenti che accedono con codici bianchi e verdi selezionati in Pronto Soccorso di Rimini.</p> <p>L'obiettivo primario di questo progetto (studio di ricerca prospettico di coorte) è valutare se l'implementazione dell'ambulatorio See and Treat per i pazienti con codici a bassa complessità (bianchi e verdi) riduce i tempi di permanenza degli utenti in Pronto Soccorso, confrontandoli con quelli analoghi relativi allo stesso periodo dell'anno precedente.</p> <p>Mentre gli obiettivi secondari riguardano la valutazione dell'accettabilità del servizio See and Treat, l'efficacia del trattamento eseguito, il gradimento degli utenti e la riduzione dei tassi di abbandono dal PS generale e dal servizio See and Treat.</p>	
Obiettivi	
<p>Obiettivo generale</p> <p>Ridurre i tempi di attesa degli utenti in Pronto Soccorso di Rimini attraverso l'attivazione di un ambulatorio a gestione infermieristica per i codici a bassa complessità (bianchi e verdi).</p> <p>Obiettivi specifici</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione dei tempi di permanenza degli utenti in Pronto Soccorso - Rispetto dei tempi di attesa dei codici Verdi e Bianchi che accedono all'ambulatorio infermieristico codici minori - Riduzione dei tassi di abbandono degli utenti in Pronto Soccorso 	
Benefici	
<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione dei tempi di permanenza degli utenti con codice verde e bianco che accedono al See and treat - Riduzione dei tempi medi di attesa per codici verdi e bianchi che accedono al See and Treat - Diminuzione dei tassi di abbandono - Soddisfazione dell'utenza rispetto al trattamento in ambulatorio See and Treat. 	
Coinvolgimento del paziente	
<p>Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paziente/i - Familiare/i <p>Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'applicazione della pratica</p>	
Risultati	
L'analisi dei dati e dei relativi risultati è attualmente in corso	

AZIENDA USL della ROMAGNA	
TITOLO ESPERIENZA	
<i>COMUNICAZIONE E SOSTEGNO PSICOLOGICO AI PAZIENTI E/O AI FAMILIARI, NONCHÉ AGLI OPERATORI SANITARI COINVOLTI E/O VITTIMA DI EVENTI AVVERSI</i>	
Referente esperienza	
Annita Caminati, Riccardo Triani, Donata Dal Monte, Francesca Gnudi e Maria Alessandra Caso annita.caminati@auslromagna.it	
Strategia OMS	
Comunicazione trasparente e onesta degli incidenti di sicurezza alle vittime	
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract	
<p>Al fine di garantire una corretta gestione degli eventi avversi e near miss nello svolgimento delle attività clinico-assistenziali che hanno impatto diretto sul paziente, in particolare eventi sentinella, è necessario definire e standardizzare anche le modalità di comunicazione dell’Azienda al suo interno e verso l’esterno.</p> <p>In considerazione del fatto che una comunicazione aperta, onesta e tempestiva concorre al miglioramento della qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti, la comunicazione dell’evento avverso, deve avvenire in una modalità corretta per ridurre i disagi e la sofferenza dei pazienti e dei familiari, oltre ad individuare ed offrire le modalità più adeguate a sostenere loro e gli operatori coinvolti (second victim).</p> <p>In coerenza con le “Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità” (Ministero della Salute - giugno 2011), ci si pone quindi l’obiettivo di rendere trasparente il percorso di gestione dell’evento, anche attraverso il supporto ai professionisti, garantendo al contempo una corretta informazione al paziente e/o ai familiari, attraverso una procedura aziendale che renda omogenee le modalità di gestione degli eventi avversi e near miss durante le attività clinico-assistenziali.</p> <p>Le attività svolte a sostegno delle vittime e degli operatori coinvolti, una volta effettuata l’analisi dell’evento, vengono inserite all’interno delle relazioni finali, contenenti le azioni di miglioramento da intraprendere per evitarne il riaccadimento.</p> <p>Verrà inoltre misurato il numero di attivazione dei percorsi di supporto psicologico rivolto a pazienti/familiari e/o ad operatori, in riferimento al numero di eventi avversi esito grave (grado 3) registrati nell’anno.</p>	
Obiettivi	
<ul style="list-style-type: none"> - Comunicare l’evento nel più breve tempo possibile al paziente e/o ai familiari da parte del sanitario che lo ha in carico in quel momento o dal Direttore di U.O./Servizio; - Assicurare sostegno al paziente e ai familiari fornendo, se del caso e/o richiesto dal paziente stesso, supporto psicologico; - Rendere trasparente il percorso di gestione dell’evento; - Supportare i professionisti nella gestione dell’evento e, al contempo, garantire loro un supporto psicologico 	
Benefici	
Garantire una elevata qualità della assistenza attraverso percorsi che garantiscano la trasparenza ed il sostegno al fine di mantenere il rapporto di fiducia tra il sistema sanitario ed i cittadini/pazienti;	
Coinvolgimento del paziente	
Sono stati coinvolti nell’implementazione della pratica <ul style="list-style-type: none"> - Rappresentante/i del paziente Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l’applicazione della pratica	
Risultati	
Dati in elaborazione	

AZIENDA USL della ROMAGNA	
TITOLO ESPERIENZA	
<i>INFORMAZIONE/FORMAZIONE ALLE FAMIGLIE (AGENTI DI CAMBIAMENTO PER I FIGLI)</i>	
Referente esperienza Cinzia Giulianelli e Marco Sergiani - marco.sergiani@auslromagna.it	
Strategia OMS Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie	
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input checked="" type="checkbox"/>
Abstract	
<p>Quando i giovani, seguiti dalla neuropsichiatria infantile per le seguenti problematiche: disturbo del comportamento (agitazione psicomotoria, impulsività, iperattività), disturbo di regolazione emotiva, disturbo di personalità borderline, disturbo bipolare, disturbi dell'alimentazione con tratto psicotico, si trovano a casa coi loro familiari, possono agitarsi e diventare aggressivi. Cercando sempre di prevenire tali eventi, se questi però si attivano, possono venire in aiuto delle tecniche comunicative-comportamentali, quali di de-escalation e talk down.</p> <p>Le stesse, saranno insegnate alle famiglie durante corsi di formazione/informazione organizzati dalla Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza dell'Ospedale Infermi di Rimini e durante questi incontri si terranno anche lezioni per la gestione del farmaco che, spesso diventa causa di ricovero o di riospedalizzazione se non bene controllato e monitorato dal familiare adulto.</p> <p>Tutto ciò creerà partecipazione attiva, consapevolezza e rafforzamento nel processo decisionale di cura e, sarà un'occasione per agganciare le famiglie (spesso afflitte e stressate nel loro dolore e senza supporto solidale) ad associazioni sul territorio di mutuo aiuto e di volontariato.</p>	
Obiettivi	
<p>Obiettivo Generale: Favorire la sicurezza e la gestione del rischio attraverso azioni di educazione, formazione e informazione rivolto alle famiglie, frutto della collaborazione tra Ospedale, Enti Locali e Associazioni del territorio.</p> <p>Obiettivi Specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Sviluppo Empowerment e consapevolezza con partecipazione attiva ad un processo decisionale condiviso •Acquisizione di: <ul style="list-style-type: none"> - conoscenza patologie neuropsichiatriche e relativa gestione - conoscenza e gestione del farmaco - conoscenza di strumenti e tecniche di comunicazione (talk down – de escalation) - conoscenza di strumenti e tecniche per la tolleranza allo stress 	
Benefici	
<ul style="list-style-type: none"> •<u>Partecipazione attiva della famiglia al percorso di cura</u> Indicatore: > % di famiglie partecipanti agli incontri formativi sul totale delle famiglie a cui è fatta la proposta. Standard = 95% •<u>Riduzione dei ricoveri e reingressi in ospedale</u> Indicatore: % di ricoveri e/o reingressi in ospedale per casi di crisi e di agitazione in ambiente domestico sul totale delle famiglie a cui è fatta la proposta. Standard = 90% Indicatore: % di ricoveri e/o reingressi in ospedale per ingestione ed uso improprio di farmaci o non aderenza alla terapia sul totale delle famiglie a cui è fatta la proposta. Standard = 90% •<u>Tolleranza allo stress in famiglia</u> Indicatore: % famiglie collegate a gruppi di auto-aiuto, associazioni di volontariato sul totale delle famiglie a cui è fatta la proposta. Standard 100% 	
Coinvolgimento del paziente	
Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica	

- Familiare/i

Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'applicazione della pratica.

Risultati

Pratica non ancora implementata

AZIENDA USL della ROMAGNA	
TITOLO ESPERIENZA	
<i>"ASCOLTAMI": UN PERCORSO INTEGRATO TRA AREA RISCHIO CLINICO E UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO PER L'ANALISI DELLE SEGNALAZIONI Dei CITTADINI PER LA SICUREZZA DELLE CURE</i>	
Referente esperienza	
Annita Caminati, Elisabetta Montesi, Riccardo Triani, Alice Aldini, Antonella Dionisi, Patrizia Gualandi, Patrizia Grementieri, Angela Angelini, Francesca Iacoviello, Argia Bartolini e Rita Guerrini annita.caminati@auslromagna.it	
Strategia OMS	
Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie	
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input checked="" type="checkbox"/>
Abstract	
<p>Le segnalazioni sono informazioni raccolte dall'Ufficio relazioni con il pubblico o da altre interfacce organizzative relative a comportamenti delle organizzazioni sanitarie, provenienti da cittadini-utenti. Esse si sostanziano in reclami, rilievi, elogi (apprezzamenti/ringraziamenti), suggerimenti (proposte). L'URP classifica le segnalazioni in relazione al contenuto, (reclamo, rilievo, elogio, suggerimento) e attiva il percorso previsto per ogni tipologia (compresa la registrazione nella Banca dati regionale).</p> <p>Qualora la segnalazione riporti un danno all'utente (ancorché percepito) o indichi un grave malfunzionamento dell'organizzazione (scambio referti, campioni biologici ecc..) è necessario porre un flag alla voce "gestione del rischio".</p> <p>Obiettivo primario di questo progetto riguarda l'implementazione di un percorso organizzativo che permetta di rilevare segnalazioni dei cittadini d'interesse per la gestione del rischio e la sicurezza delle cure. Tali segnalazioni costituiscono un utile strumento di governo delle criticità rilevate, per indurre l'analisi dell'evento, realizzata con i professionisti del servizio interessato e definire le necessarie azioni di miglioramento o barriere di sicurezza atte ad impedire il ripetersi dell'evento. I risultati raggiunti saranno confrontati con le segnalazioni analoghe dell'anno precedente. (cfr. Indicatori definiti al paragrafo efficacia)</p>	
Obiettivi	
Definire un modello organizzativo per il flusso delle segnalazioni dei cittadini in grado di gestire celermente le segnalazioni codificate come "gestione del rischio" attraverso un processo di analisi che vede coinvolti anche i professionisti stessi, con i quali definire le possibili azioni di miglioramento affinché l'evento non riaccada.	
Benefici	
<ul style="list-style-type: none"> - Fornire al cittadino risposte appropriate, coerenti con quanto da lui segnalato dalle quali il cittadino stesso possa percepire l'utilità della segnalazione presentata; - Coinvolgimento dei cittadini nel processo di gestione del rischio; - Coinvolgimento dei professionisti in percorsi di analisi in cui gli stessi possano sentirsi parte attiva per la sicurezza delle cure. - Aumento degli interventi correttivi in grado di aumentare la sicurezza nei contesti sanitari, derivanti dalle segnalazioni dei cittadini. 	
Coinvolgimento del paziente	
Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica <ul style="list-style-type: none"> - Rappresentante/i del paziente Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'applicazione della pratica	
Risultati	
L'analisi dei dati e i relativi risultati sono in corso.	

OSPEDALE MONTECATONE REHABILITATION INSTITUTE	
TITOLO ESPERIENZA	
<i>PREVENIAMO LE INFEZIONI (ICA-Infezioni correlate all'assistenza)</i>	
Referente esperienza Silvia Ranuzzi - ranuzzi@montecatone.com	
Strategia OMS Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie	
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract	
<p>La trasmissione delle infezioni correlate all'assistenza all'interno di un Ospedale avviene attraverso la catena: fonte, ospite e via di trasmissione.</p> <p>La conoscenza della via di trasmissione di una malattia, ascrivibile al rischio infettivo, è fondamentale per consentire l'applicazione delle misure di controllo ed interromperne la diffusione, poiché i soggetti che possono rappresentare fonte e/o veicolo di infezione sono pazienti, Care Giver ed operatori.</p> <p>A tal fine si rende necessario implementare le fonti informative a disposizione di pazienti e Care Giver per poter dar loro modo di adottare comportamenti virtuosi che limitino la trasmissione delle infezioni correlate all'assistenza.</p>	
Obiettivi Ridurre il numero di trasmissioni delle infezioni correlate all'assistenza	
Benefici Riduzione del numero di infezioni correlate all'assistenza e relativa riduzione delle giornate di degenza e dell'utilizzo di antibiotici	
Coinvolgimento del paziente	
<p>Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paziente/i - Familiare/i - Rappresentante/i del paziente <p>Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'applicazione della pratica.</p>	
Risultati Pratica non ancora implementata	

IRCCS Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori "Dino Amadori" Meldola (FC)

TITOLO ESPERIENZA

IMPLEMENTAZIONE DELL' AMBULATORIO IMPIANTO PORT A CATH TORACICO: MISURE DI IGIENE E ASSISTENZA PER RIDUZIONE RISCHIO INFETTIVO E COMPLICANZE; TARGETING ZERO

Referente esperienza

Simone D'Autilia - simone.dautilia@irst.emr.it

Strategia OMS

Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie

Ambito

Ambito ospedaliero

Ambito territoriale

Ambito ospedale-territorio

Abstract

In IRST da più di 10 anni è attivo un ambulatorio dedicato all'impianto e gestione dei dispositivi venosi centrali a breve-medio termine (catetere centrale ad inserimento centrale CICC, catetere centrale ad inserimento femorale FICC e catetere centrale ad inserimento periferico PICC). L'equipe è composta da personale medico e infermieristico formato e con competenze avanzate che da anni gestisce il servizio e funge da riferimento per tutti gli altri professionisti dell'Istituto, per i pazienti e i caregivers riguardo l'educazione, la formazione e l'informazione sul tema. La scelta del dispositivo è basata di volta in volta sull'attenta valutazione personalizzata rispetto le caratteristiche del singolo paziente. I cateteri finora offerti ai pazienti presso il nostro centro presentano tuttavia dei limiti. La durata limitata della permanenza dei dispositivi a breve-medio termine in sede, e l'impossibilità di utilizzarli in maniera intermittente, senza incorrere in complicanze, nel frattempo, determina la necessità di rimozione e sostituzione sempre più frequente dei dispositivi. Questo comporta disagi per il paziente e costi sanitari per l'impianto e a lungo andare porta ad un esaurimento delle possibili sedi di posizionamento. A questi limiti si aggiunge il rischio intrinseco di complicanze legate a tali dispositivi (batteriemie catetere correlate CRBSI, MARS, trombosi venosa profonda, dislocazione/rimozione accidentale del dispositivo, ecc.). Inoltre, si tratta di dispositivi con sede di inserimento esposta che necessita di essere medicata regolarmente e protetta per non incorrere a possibili complicanze locali della sede di inserimento. Questo limita il paziente portatore nelle attività di vita quotidiana. Occorre per tanto cercare alternative che possano soddisfare al meglio i bisogni di questa popolazione di pazienti. Tra le alternative disponibili in letteratura, gli accessi a lungo termine, totalmente impiantabili, presentano dei vantaggi ma a loro volta non sono privi di rischi di complicanze specifiche, pertanto, necessitano di condizioni organizzative, servizi e competenze specifiche per governare i rischi a loro annessi. Di particolare rilevanza è il controllo del rischio infettivo correlato a tali dispositivi. Governare questo rischio è importante in questa popolazione di pazienti particolarmente fragili, sia per le caratteristiche di malattia sia per gli effetti collaterali dei trattamenti antineoplastici. Il "Targeting Zero", ovvero, la possibilità/necessità di azzerare le complicanze prevenibili, negli ultimi anni è diventato l'obiettivo delle strategie di prevenzione delle complicanze batteriemiche associate a cateteri venosi.

Per fare fronte al problema presso IRST in gennaio 2022 si è avviato il progetto finalizzato all'avvio dell'ambulatorio impianto dei dispositivi di lunga durata totalmente impiantabili Port a Cath toracico. L'esperienza descrive le azioni per implementare l'ambulatorio dedicato all'impianto dei Port presso IRST, al fine di migliorare la sicurezza e la qualità di vita dei pazienti ottimizzando l'utilizzo delle risorse sanitarie. Il progetto si è realizzato con un approccio multidisciplinare che tiene conto della personalizzazione delle cure sulla base dei bisogni del singolo paziente. La valutazione degli indicatori di processo ha mostrato che l'implementazione è avvenuta con successo ed è a pieno regime rispetto gli obiettivi attesi. È tuttora in corso la valutazione dell'impatto sugli esiti clinici e di costo-efficacia, che dimostra una iniziale vantaggio a favore della nuova pratica implementata.

Obiettivi

Creare i presupposti organizzativi e culturali per implementare il bundle ISALT2 nel contesto IRST per la gestione degli accessi venosi centrali totalmente impiantabili. Le strategie incluse nel BUNDLE sono:

1. Tecnica asettica e massime protezioni di barriera durante l'impianto
2. Venipuntura percutanea eco-guidata
3. Controllo della posizione della punta del catetere durante la procedura, preferibilmente mediante metodo dell'ECG intracavitario

4. Gestione appropriata della guida metallica
5. Stabilizzazione appropriata dei cateteri tunnellizzati
6. Scelta appropriata del sito ove intascare il reservoir

Benefici

Benefici attesi per i pazienti:

outcome clinici: riduzione di eventi avversi da complicanze infettive sistemiche catetere correlate (CRBSI) e locali (lesioni cutanee dal cerotto della medicazione Medical Adhesive Related Skin Injury MARS); eventi di sensibilizzazione ai materiali di fissaggio cutaneo quali suturless device (medicazioni trasparenti semipermeabili, bende elastiche di protezione); complicanze tipiche degli accessi vascolari non impiantabili (es. PICC: trombosi venosa profonda, dislocazione accidentale del dispositivo); complicanze locali da farmaci necrotizzanti (es. stravasi), preservare il patrimonio venoso del paziente.

Benefici sulla qualità di vita del paziente:

migliore confort del paziente sia durante l'erogazione dei trattamenti che durante l'interciclo o nel follow-up, soprattutto nei pazienti giovani con vita socialmente molto attiva; minima manutenzione con conseguente riduzione degli accessi in Istituto e riduzione del disagio per gli spostamenti.

Benefici attesi per l'organizzazione:

efficienza organizzativa dei servizi, il rispetto dei tempi di attesa e dei programmi terapeutici, costi sanitari, più possibilità di scelta per i paziente IRST nel campo degli accessi vascolari, valorizzazione dei professionisti coinvolti nel processo attraverso l'integrazione delle competenze nell'equipe di cura.

Coinvolgimento del paziente

Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica

- Paziente/i
- Familiare/i

Il paziente/cittadino viene coinvolto durante l'applicazione della pratica.

Risultati

Indicatori di processo: Il successo della implementazione

1. Sono stati prodotti gli strumenti operativi entro le tempistiche previste (Indicatore Si)
2. Il servizio è stato avviato nelle tempistiche pianificate (Indicatore Si)
3. Il servizio ha raggiunto il volume di attività atteso (Indicatore: numero 6 impianti al mese);
4. È stato raggiunto lo standard atteso (Indicatore: almeno il 90% impiantati in IRST) (42 richieste di cui n.40 sono stato impiantati nell'ambulatorio IRST =95% delle totali richieste. N.2 richieste sono state declinate in quanto i pazienti non sono risultati idonei al posizionamento del port)

Indicatori di risultato/impatto

1. Riduzione dei costi sanitari in termini di accessi evitati per medicazioni del dispositivo intravascolare/anno confrontato con i costi previsti per la gestione dei dispositivi a breve-medio termine (rapporto medio 1/4 tra accessi per medicazione/lavaggi tra Port e altro dispositivo, esempio, PICC): costo di lavoro richiesto da parte dell'operatore sanitario e costi di materiali utilizzati per le medicazioni. (Indicatore: (Costo unitario medio per impianto PICC + costo unitario medio annuo per la manutenzione del PICC) - (costo unitario di impianto dispositivo PORT + costo unitario medio annuo per la gestione del dispositivo) x numero di dispositivi impiantati nell'anno considerato.

Nota: da considerare inoltre il fatto che il PORT sta in sede per più anni, per cui l'indicatore aumenta in funzione della durata del dispositivo.

2. Impatto sul paziente:

numero di complicanze post impianto sul totale dispositivi impiantati (non c'è attualmente uno storico di struttura in quanto un servizio avviato con questo progetto. L'obiettivo è di realizzare l'adesione al BUNDLE ISALT2 che mira al targeting 0).

FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI ONLUS DI PARMA	
TITOLO ESPERIENZA	
<i>PROGETTO CASA SICURA</i>	
Referente esperienza Matteo Bini - mbini@dongnocchi.it	
Strategia OMS Informazione e educazione ai pazienti e alle famiglie	
Ambito	
Ambito ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Ambito territoriale	<input type="checkbox"/>
Ambito ospedale-territorio	<input checked="" type="checkbox"/>
Abstract La casa è per definizione l'ambiente dove le persone si sentono al sicuro ma, per i pazienti disabili, può essere anche ricco di insidie che mettono a rischio la sicurezza del paziente. L'obiettivo è di istruire pazienti e caregivers su come rendere le proprie case un luogo più sicuro: attraverso un incontro formativo il personale sanitario dedicato alla riabilitazione illustrerà come ridurre il rischio cadute in casa. All'inizio ed al termine dell'evento i presenti compileranno un questionario per comprendere l'efficacia dell'intervento.	
Obiettivi Educare pazienti e caregivers sul rischio e prevenzione delle cadute a domicilio	
Benefici Ridurre il numero di cadute domiciliari	
Coinvolgimento del paziente Sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica NO Il paziente/cittadino viene coinvolto durante NO	
Risultati La pratica non è ancora stata implementata	