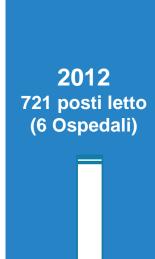




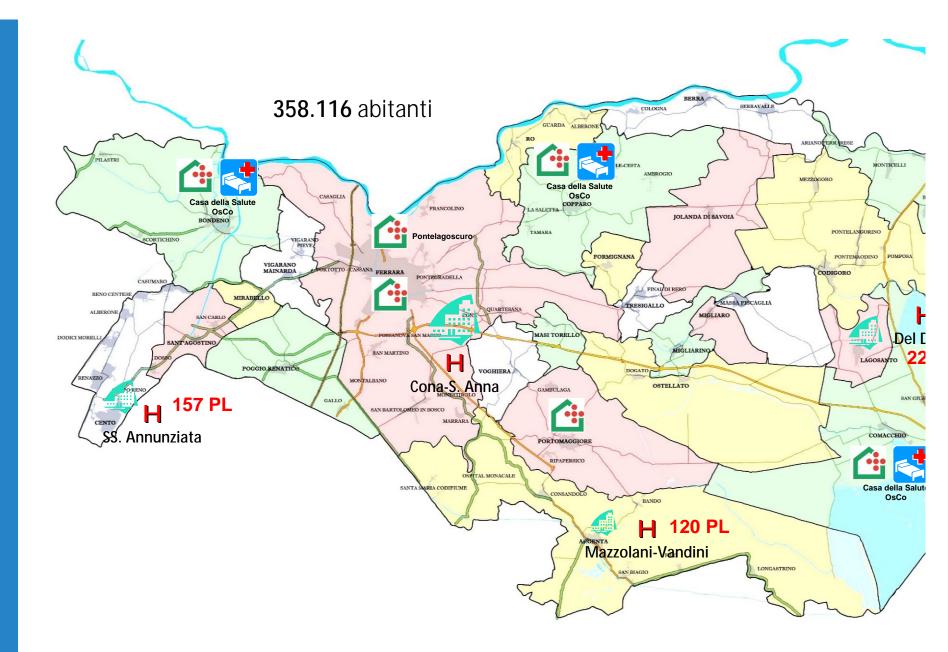
GLI STRUMENTI A SUPPORTO DELLA COMUNICAZIONE ORGANIZZATIVA E CLINICA

L'ESPERIENZA DELL'AUSL DI FERRARA

Dott. Clauc Dott.ssa Marika



2016 500 posti letto (3 Ospedali)



Febbraio 2014

COSTITUZIONE TEAM SCIENTIFICO AZIENDALE DI PROGE

FUNZIONI

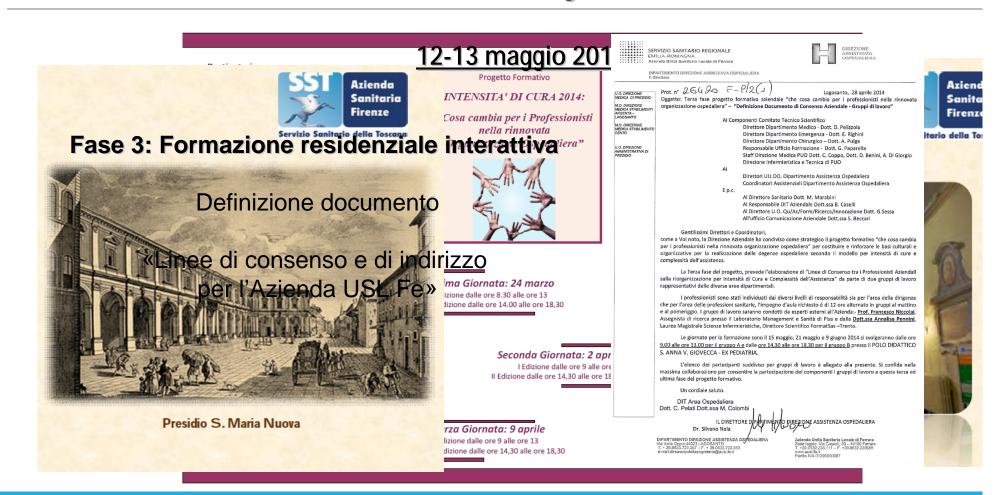
- UDirezione scientifica del progetto linee di consenso e di indirizzo aziendali
- UDefinisce obiettivi formativi e le fasi di progetto
- UDefinisce contenuti, tempi e modalità formative
- Verifica lo stato di avanzamento del progetto formativo
- Monitorizza il raggiungimento degli obiettivi
- Definisce indicatori





La formazione...

Fasese Formazione gesidentiale



Documento Aziendale di consenso



Linee di consenso tra i professionisti aziendali sul riorganizzazione per intensità di cura e complessi dell'assistenza – Azienda USL di Ferrara

STRUTTURA

Prefazione a cura del Direzione Generale

I Pilastri dell'Intensità di Cura

Area Terapia Intensiva Multidisciplinare (TIM)

Piattaforma Medica

Piattaforma Chirurgica

I punti chiave da approfondire

Allegato 1: Modello di accesso programmato ed urgente del paziente Ortopedico.

a cura di

Team di Progetto
"Che cosa cambia per i professionisti
nella rinnovata organizzazione ospedaliera"

Dipartimento Direzione Assistenza Ospedaliera Direttori Dipartimenti Chirurgico, Emergenza, Medicino Direzione infermieristica e Tecnica Ospedaliera Ufficio Formazione

Il documento presenta i principali elementi di consenso emersi durante la fase di ricerca e discussione in gruppi di lavoro interaziendali (Maggio/Giugno 2014).

L'ultimo capitolo è dedicato ad una sintesi sui punti chiave da approfondire.

Anno 2014

La Progettazione Aziendale





DOCUMENTAZIONE



L'Organizzazione in piattaforme logistiche

1. Le Piastre/Piattaforme

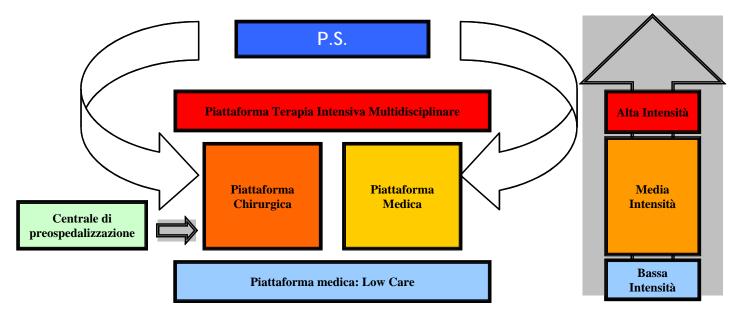
Intensiva: alta intensità



Chirurgica: media e bassa intensità



- Centralità del paziente
- •Garantire continuità clinico-assistenziale





Criteri di accesso e sistemi di continuità H-T

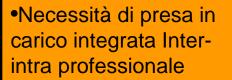
2. Criteri di accesso e trasferibilità tra piastre e livelli di intensità

- criteri di accesso alla Terapia intensiva multidisciplinare
- criteri di accesso alla piastra medica a media intensità e low-care (lungodegenziale e riabilitativa)
- criteri di accesso alla piastra chirurgica

3. I sistemi di continuità H-T



•Definizione precoce della possibile modalità e data di dimissione





Strumenti di valutazione, strumenti di comunicazione e nuovi ruo

4. Strumenti di valutazione dell'intensità di cura

APPROPRIATEZZ

- NEWS (National Early Warning Score Misurazione standardizzata della gravità del Nattia)
- MEWS (Modified Early Warning Score)
- IDA (Indice di Dipendenza Assistenziale)
- IIA (Indice di Intensità Assistenziale)
- Tri.Co. (Triage di corridoio, composta da Mews e Ida)

 Sempre integrato dal giudizio clinico del professionista sanitario

VALORIZZAZIO 5. Il ruolo dei professionisti

- Medico Tutor
- Infermiere di riferimento
- Infermiere flussista (area chirurgica)
- Responsabile Gestionale
- Responsabile di Processo
- Bed Manager

Quando, chi, dove, cosa, come

DEGLI OPERATOR

6. Gli strumenti di comunicazione

Cartella clinica integrata

- Visita medica
- Briefing
- Visual management
- Riunione di team
- SBAR Handover
- Reception di piattaforma





SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE P

«gli strumenti a supporto della comunicazione organizzativa e clinica»

Linee di consenso ti riorganizzazione pe dell'assistenza

Nell'implementazione del nuovo modello organizzativo, diventa essenziale formalizzare la <u>"comunicazione programmata"</u> rispetto alla "non programmata»:

- 1.Briefing e modelli alternativi di visita medica
- 2.Consegne standardizzate SBAR
- 3. Handover bedside
- 4. Pianificazione visiva della dimissione Visual management
- 5. Riunione di team



Il briefing, momento quotidiano di incontro e di discussione a cui partecipano alcuni Professionisti appartenenti al Team multiprofessionale e che non si svolge "al letto del paziente"; prevede un'organizzazione delle modalità di esecuzione diversa per ogni realtà operativa poiché legata ad aspetti quali la tipologia dei ricoveri, le principali valenze assistenziali dei pazienti, l'organizzazione interna delle attività, e il numero dei professionisti coinvolti nel processo clinico/assistenziale. Ogni briefing prevede, indicativamente, sessioni della durata variabile di circa 20-30 minuti per settore





Briefing: linee generali





- •Mettere in primo piano la centralità della persona con i propri problemi di salla aggiornando e documentando di obiettivi assistenziali
- Valutazione dell'efficacia del trattamento di cura pianificato sul paziente
- Migliorare la gestione clinico assistenziale del paziente e la pianificazione della presul dimissione Programmazione della dimissione e relativa valutazione della continu di cure sul territorio/domicilio;
- § Sviluppare senso di responsabilità e partecipazione nella gestione dei casi clinici,
- § Favorire la relazione tra professionisti, gestire il clima del gruppo e favorire lo sviluppo di competenze professionali ed organizzative attraverso la condivisione e discussione tra gli operatori coinvolti di informazione cliniche, assistenziali e sociali che permettano di individuare il percorso diagnosticoterapeutico ed assistenziale;



GLI STRUMENTI A SUPPORTO DELLA COMUNICAZIONE ORGANIZZATIVA E CLINICA - L'ESPERIENZA DELL'AUSL DI FERRARA





La visita medica: Congiunta o disgiunta?









Doctor

- > Leads the round and introduces the team to the patient
- > Provides an update of recent history, clinical examination and review of patient
- > Reviews drug chart
- > Provides update:
- + current problems
- + responses to treatment
- + test results
- + medication
- + information from patient and/or family and nurses

Nurse

- > Provides update:
- +vital signs
- + pain control
- + nutrition and hydration

Fig 1 Example of team roles on a multidisciplinary ward round. AHP = allied health professional; iv = intravenous, VTE = venous

- + elimination (urine and bowels)
- + mobility
- + confusion or delirium
- > Quality and safety checks:
- + urinary catheter
- + review of iv lines
- +VTE prophylaxis
- pressure ulcers and category
- +falls
- + infection control

Pharmacist and AHPs

- > Pharmacist:

- > AHPs:
- + update of care provided
- + discharge and follow-up

Patien and co

- > Provide
- + current + discuss
- health + inform
- carers/ + arrang for disc

Summary by doctor

- > Summarises team inputs into a plan for the day and sets daily goals
- > Discharge planning:
- + anticipated discharge needs
- + place of discharge (eg home, rehabilitation)
- + discharge date and time
- + follow-up arrangements
- > Provides patient with information relating to plan of care and checks patient understanding

Call for Good Practice 2015

consegne Standardizzate: introduzione SBAR nelle piattaforme ssistenziali organizzate per intensità di cura e complessità lell'assistenza



9

В

A

R

- Situation-Situazione: breve descrizione della situazione <u>attuale fonte di preoccupazione</u> (problema principale del paziente che spinge a parlarne mediante la metodologia SBAR)
- Background: motivo del ricovero/intervento e data del ricovero/intervento, problemi anamnestici significativi, risultati laboratoristici o strumentali significativi, terapia attuale
- Assessment: valutazione dei parametri vitali, impressioni cliniche, preoccupazioni
- Raccomandation-Raccomandazioni: spiegare ciò di cui si ha bisogno indicando con precisione la richiesta e i tempi, chiarire le aspettative e dare dei suggerimenti su come agire/ esplicitare come si intende procedere
- Standardizzazione della comunicazione tra tutti i membri del team
- Può essere previsto in tutti i passaggi di informazione in qualunque fase del percorso terapeutico del paziente (medico di base-ospece dell'ambulanza-ospedale; tra consulenti ospedalieri; tra referenti di reparto per i trasferimenti; ospedale-medico di base
- Si applica sia ai passaggi di informazione verbali e non verbali, sia in ambito di routine e nell'emergenza,

GLI STRUMENTI A SUPPORTO DELLA COMUNICAZIONE ORGANIZZATIVA E CLINICA - L'ESPERIENZA DELL'AUSL DI FERRARA























Ospedale del Delta

CARDIOLOGIA

MEDICA CARDIOLOGICA

VERDE







FERRARA FE 44015

PORTOMAGGIORE FE

HAN

Il modello Handover Bedside - consegna al letto del malato: La partecipazione del paziente alle consegne infermieristiche. Con la partecipazione attiva del paziente ed eventualmente anche del caregiver presente, viene svolto un aggiornamento reciproco sulle condizioni fisiche e psichiche del paziente e sul programma assistenziale. La metodologia della consegna al letto risulta ampiamente diffusa a livello internazionale ed è stato approfondito attraverso molte ricerche La loro finalità consiste nel trasferimento della responsabilità riguardo al paziente da un turno infermieristico all'altro, fornendo informazioni accurate sul suo stato di salute e sulle condizioni attuali.







Errori in sanità. Donaldson (Oms): 'anno 43 mln pazienti subiscono dan cure sbagliate in ospedale. Riduzioni fi 50% se migliora la comunicazione tra operatori"

quotidianosanità.it

GLI STRUMENTI A SUPPORTO DELLA COMUNICAZIONE ORGANIZZATIVA E CLINICA - L'ESPERIENZA DELL'AUSL DI FERRARA



Riunione Team



- ✓ Medico
- ✓ Infermiere
- **√**OSS

- ✓ Fisiatra
- √ fisioterapis

PROGETTO CLINICO RIABILITATIVO



PIANIFICIAZIONE VISIVA DEL PERCORSO DEL PAZIENTE



PIANO DI DIMISSIONE

| TOURS UTT | DATI | MOTE | П | LIMED | warmol | wecoud | covei | week | 2000 | DOMESTICAL . | LINEIGI | send | Mincoadi | aswel . | warei | 380 | DOMESTA |
|-------------------|--|------|---------|-------|--------|--------|-------|------|------|--------------|---------|------------------------------------|----------|--|--|---|------------------|
| | Copera Ress | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Date of security Date of impactors | | - | | | | | | | | | | | | | | |
| П | Depart Ingress Caperas Ress | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Calcula seculus MCS FCS Calcula Separate | | - | | | | | | | | | | | | | | |
| \vdash | Degravi Ingrava Cognava | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Remails Sale of months MED FOR | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \vdash | Separa layera Separa layera | | - | | | | | | | | | | | | | | |
| | New Miles | | _ | | | | | | | | | | | | | | |
| Щ | Date of ingresser Diagnosi ingresser | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Specia Sens Salarida senda MCI FO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Date of Inguiser Diagnosi Inguiser | | enen | | | | | | | | | | | | | | |
| | Comma Name | | _ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Date of security MCI FO Date of Separate | | man | | | | | | | | | | | | | | |
| | Depart Inputs Capture Ress | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Date of reporter Date of impactors | | man | | | | | | | | | | | | | | |
| | Degravitywas Copera | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ness Sale di serata Sale di Ignore | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \perp | Separa Ingeres Separa | | man | | | | | | | | | | | | | | |
| | New Mil Fil | | - | | | | | | | | | | | | | | |
| | Date of ingresser Diagnost ingresser | | man | | | | | | | | | | | | | | |
| | Same Same Saint service MCI FO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sale di Agrana Sagnasi Agrana | | enen | | | | | | | | | | | | | | |
| | Copera Ress | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Date of security Date of Segment Diagnosis Segment | | enen | | | | | | | | | | | a se Santona de co | and the last of th | na nana | At 15 At 25 42 2 |
| | Square Same | | | | | | | | | | | | 1 | | | | |
| | Date of security Date of Separate | | men | | | | | | | | | 100 | | STATE OF THE PARTY | ATA SAN TAK | EAS TUP SUD THE SE SE SE SE SE SE SE SE SE SE SE SE SE SE SE | |
| \vdash | Signesi Ingress Signess | | | | | | | | | | | | | 100 200 TO 100 T | 17 | O SO OX | 0 |
| | Ress Date of security Date of separate | | | | | | | | | | | KEEP CALM DO THE BRIEFING | | Same Marie | 3/8 | - CAL - | |
| + | Signesi ingress Coperas | | and the | | | | | | | | | DO THE BRIEFING | | | 100 | 50 | 7 |
| | Name Calculate of the Mills FO | | - | | | | | | | | | 13 | | 11 | | 50 RX 50 84 F | |
| Щ | Sale di Ignore Signal Ignore Cignore | | - | | | | | | | | | 1 | | | 8 | 50 | |
| | Ress Date di smolta MCI FCI | | | | | | | | | | | 1 | THE | 3 | 19 | | |
| | Date of Imperiors Diagnosis Imperiors | | enan | | | | | | | | | 1 | | 100 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | |
| | | | | | | | | | | _ | | | 16 | | | | |
| Visual management | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Visual management

Subito dopo l'ammissione, si ipotizza, medico e infermiere, il percors svolgere e viene rappresentato su un tabellone. In tale tabellor paziente sono riservate due righe: nella prima c'è la programma attività da svolgere, nella seconda sono presenti le attività che realmente svolte.



Il percorso del paziente è quindi costantemente monitorato e aggiorna evidenti le situazioni di allerta (ritardi o dimissioni imminenti). In c si facilita la programmazione delle attività, poiché chiunque è in gracosa c'è da fare e cosa è stato fatto, e si crea la possibilità di p anticipo tutto il necessario per seguire il piano.

È, inoltre ipotizzata in sede di programmazione iniziale, la data di din sarà continuamente tenuta sotto controllo così da attivare già a prima tutte le procedure necessarie al suo corretto svolgimento.

Questa pratica è fondamentale per le dimissioni complesse, cioè necessitano dell'attivazione di servizi territoriali per 'accoglienza quali RSA, CRA, OsCo, ADI, Hospice, etc.

STRUMENTI DI MONITORAGGIO: 2014 - 20



Indagine sulla Percezione del livello di Cooperazione Interprofessional strutture Ospedaliere (TEAM-WORK; COMUNICAZIONE/TRASPAI ORIENTAMENTO AL MIGLIORAMENTO)

Questionario di valutazione d'impatto dell'iniziativa formativa «Ch cambia per i professionisti nella rinnovata organizzazione ospeda (CONSENSO, GRADIMENTO, PERFORMANCE, INTEGRAZIONE)

Rilevazione tempi di esecuzione briefing e Visita medica nel Dipartimento Medico (2015)

Momenti Osservazionali – strumenti di comunicazione (2014 – 2015)

Supervisioni – tutte le piattaforme di degenza aziendali (2015)

Percorso di team Bulding (2016 – IN PROGETTAZIONE)



LIVELLO DI APPLICAZIONE DEGLI STRUMENTI: STATO DELL'ARTE (Dicembre 2015)

| Stabilimento | Piattaforma | Consegne SBAR | Handover bedside | Briefing | Riunione di Team | Visual Management |
|--------------|--------------|------------------|---------------------|----------|---------------------|----------------------|
| | Medica | Informatizz. | | | / | |
| Argenta | Med-LPA | Informatizz. | | | / | |
| | Med-LPA/Riab | Informatizz. | | | | |
| | Chirurgica | Informatizz. | | | / | |
| | Medica | Informatizz. | | | / | |
| | Med-Cardio | Informatizz. | | | / | |
| Cento | Med-LPA | Informatizz. | | | / | |
| | Med-LPA/Riab | Informatizz. | | | | |
| | Chirurgica | Informatizz. | | | / | |
| | Medica | Informatizz. | | | / | |
| Delta | Med-cardio | Informatizz. | | | / | |
| | Med-LPA | Informatizz. | | | / | |
| | Med-LPA/Raib | Informatizz. | | | | |
| | Chirurgica | Informatizz. | | | / | |

| LEGENDA | | | | | | |
|---------|----------|--|--|--|--|--|
| | AVVIATO | | | | | |
| | ROUTINE | | | | | |
| | AVVIATO | | | | | |
| | DISCONTI | | | | | |
| | DELLO ST | | | | | |
| | NON AVV | | | | | |
| | NON SI U | | | | | |
| | ORGANIZ | | | | | |



Elementi di forza

Mandato forte Direzione Generale

PARTECIPAZIONE

APPROL

- Costituzione del Comitato Scientifico Aziendale
- Formazione bottom-up

VALORIZZAZIONE DEGLI OPERATORI PRESA IN CARIC

SICUREZZA DELLE CUR

Collaborazione sinergica Direzione Medica e Direzione Infermieristica

LOGISTICA DEI SERV



Elementi di debolezza

Informatizzazione

Limiti del Sistema Informativo

Eterogeneità forn e motivazione

- Formazione bottom-up
- O Declinazione dei codici ministeriali delle U.O. nella nuova logistica per piattaforme e relativa revisione dei CdC e CdR
 Resistenza
- O Difficoltà nella «manutenzione» monitoraggio e supervisione
- O Difficoltà nella promozione del cambiamento culturale
 - Nella presa in carico del paziente
 - Nell'integrazione interprofessionale rispetto alla declinazione di nuovi ruoli
 - Nelle modalità organizzative classiche rispetto a soluzioni innovative

Difficoltà di integrazione

Limiti applicabilità

ALCUNI DATI DI PERFORMANCE



| reparto | Indicatore | 2013 | 2014 | 20 |
|---------|------------|------|------|----|
| \ / | DM | 11,0 | 9,2 | 9 |
| X | ICP | 1,35 | 1,15 | 1, |
| /\ | ICM | 0,9 | 0,9 | C |



| reparto | Indicatore | 2013 | 2014 | 20 |
|---------|------------|------|------|----|
| | DM | 12,3 | 11,8 | 1: |
| Y | ICP | 1,41 | 1,38 | 1, |
| | ICM | 1,0 | 1,0 | 1 |

Work in progress: aree di intervento 2016-2017

- Il ruolo del PS e della centrale di pre-ospedalizzazione
- La gestione della sala operatoria
- Compare L'informatizzazione
- La continuità ospedale territorio
- Il coinvolgimento del paziente e la necessità di valutare il grado di soddisfazione degli utenti nel tempo

