

Ruolo dell'infermiere di continuità assistenziale



OMS (2001)

- La continuità delle cure è uno degli indicatori più sensibili del buon funzionamento di un Servizio Sanitario, perché aggiunge al tradizionale concetto di cura quello della presa in carico del paziente ai diversi livelli della rete assistenziale tra ospedale e territorio



OMS (2001)

- La continuità assistenziale rappresenta un obiettivo e contemporaneamente una strategia per migliorare la qualità dell'assistenza e per rispondere in modo efficace ai problemi critici, alle complessità organizzative e alle difficoltà umane, poste in particolare, dai pazienti cronici, per definizione non guaribili, che devono essere curati per un lungo periodo.



Codice Deontologico Infermieri

Art. 27: l'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi

«Siete una figura professionale strategica alla quale è affidata la responsabilità organizzativa di una delle strutture più innovative previste dal piano di riorganizzazione della sanità veneta, secondo un modello di continuità assistenziale che sta facendo scuola in Italia, al quale sta guardando con interesse anche il Ministero della Salute»

Assessore Coletto rispetto alle figure infermieristiche responsabili dei COT (30/06/2017)



Decreto
Ministeriale
nr. 739 14/09/1994

- Art. 1: l'infermiere è l'operatore sanitario Responsabile dell'assistenza generale infermieristica



Paziente fragile

- La fragilità in un paziente consiste nella perdita parziale o totale della capacità dell'organismo di tendere all'omeostasi. Tale condizione è determinata dalla concomitanza di diversi fattori: biologici, psicologici e socio-ambientali che, agendo in maniera sinergica, si amplificano e si perpetuano a vicenda (Trabucchi, 2005)



Dimissione protetta

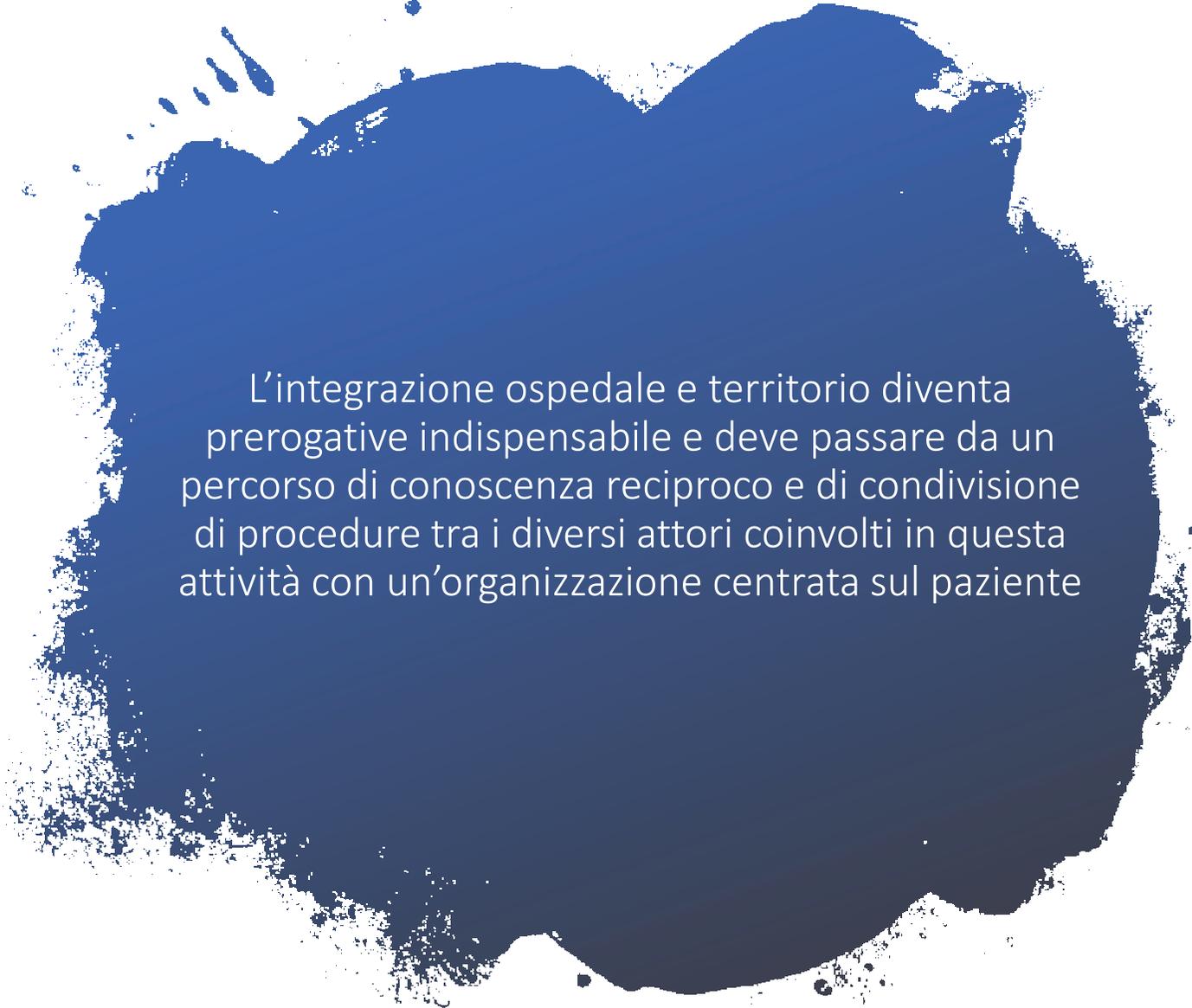
Insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro, al fine di garantire la continuità assistenziale (www.nursetimes.org, ultimo accesso 20/11/2018)



Continuità

(Regione Veneto 2014)

- Continuità informativa (informazioni sul caso clinico)
- Continuità relazionale (tra operatori e paziente e tra i diversi operatori)
- Continuità organizzativa (percorsi di cura, strumenti condivisi)



L'integrazione ospedale e territorio diventa prerogative indispensabile e deve passare da un percorso di conoscenza reciproco e di condivisione di procedure tra i diversi attori coinvolti in questa attività con un'organizzazione centrata sul paziente



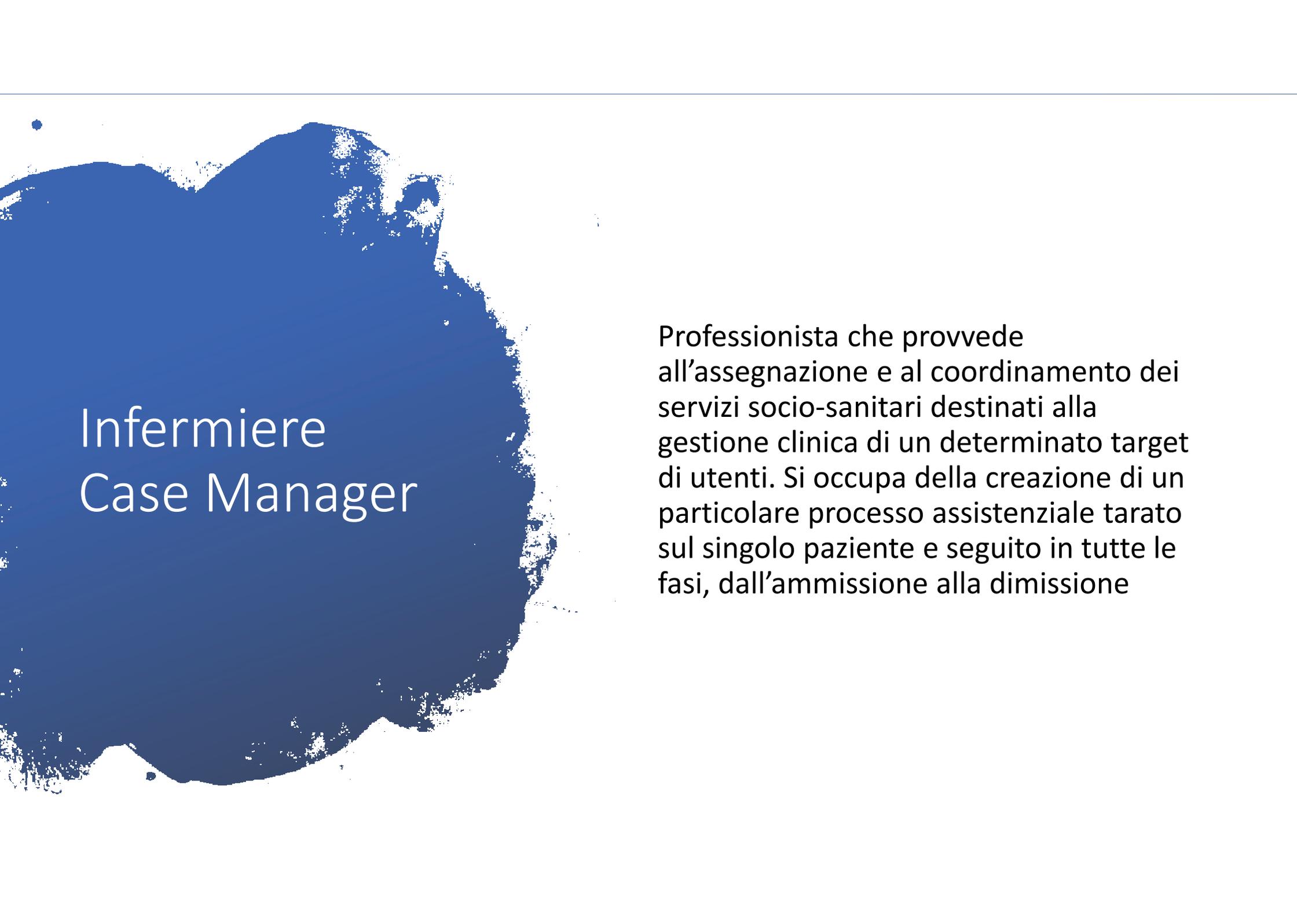
PSSR
Regione Veneto
2012/2016

Consolidamento di modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati da protocolli per la presa in carico coordinata del paziente, anche tramite sistemi codificati di corresponsabilità e «figure di riferimento» (case manager) privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura

Valorizzazione del ruolo dell'infermiere nel prendersi cura autonomamente del processo di nursing nell'ambito del percorso assistenziale, svolgendo la funzione di case manager della persona in stato di cronicità, attivando le risorse assistenziali e comunque coordinandosi con il medico/pediatra di famiglia e/o di riferimento

Individuazione di un case manager all'interno del team multiprofessionale che prenda in carico l'assistito e proattivamente lo segua, ne verifichi i progressi, coordini gli interventi fra i vari attori, funga da interfaccia con gli specialisti e di supporto all'autocura

Utilizzo di linee guida basate sull'evidenza e potenziamento della formazione continua nonché di un approccio integrato al malato sotto il profilo biopsicosociale



Infermiere Case Manager

Professionista che provvede all'assegnazione e al coordinamento dei servizi socio-sanitari destinati alla gestione clinica di un determinato target di utenti. Si occupa della creazione di un particolare processo assistenziale tarato sul singolo paziente e seguito in tutte le fasi, dall'ammissione alla dimissione



Infermiere Case Manager

Iter di alta formazione universitaria (Master I° livello) per l'acquisizione e affinamento di competenze che consentano il coordinamento dell'assistenza, destinata a singoli o gruppi di popolazione, lungo un continuum che ingloba la gestione di prevenzione, fase acuta, riabilitazione, dimissione e cure a lungo termine



Infermiere Case Manager

- Prende in carico il paziente e la famiglia predisponendo un tipo di assistenza continuativa, ovvero che venga garantita anche nei passaggi da un setting assistenziale all'altro, sia esso di tipo ospedaliero, domiciliare o residenziale
- Durante la degenza garantisce il mantenimento del massimo livello di autonomia residua possibile del paziente
- Identifica il percorso extraospedaliero più adatto al singolo paziente prendendo contatti con le strutture idonee, accompagna assistito e famiglia lungo tutto l'iter sostenendolo dal punto di vista assistenziale ed educativo
- Reperisce le risorse strumentali necessarie al domicilio per garantire una gradualità delle cure e una dimissione protetta



Obiettivi di inserimento del Case Manager nel SSN

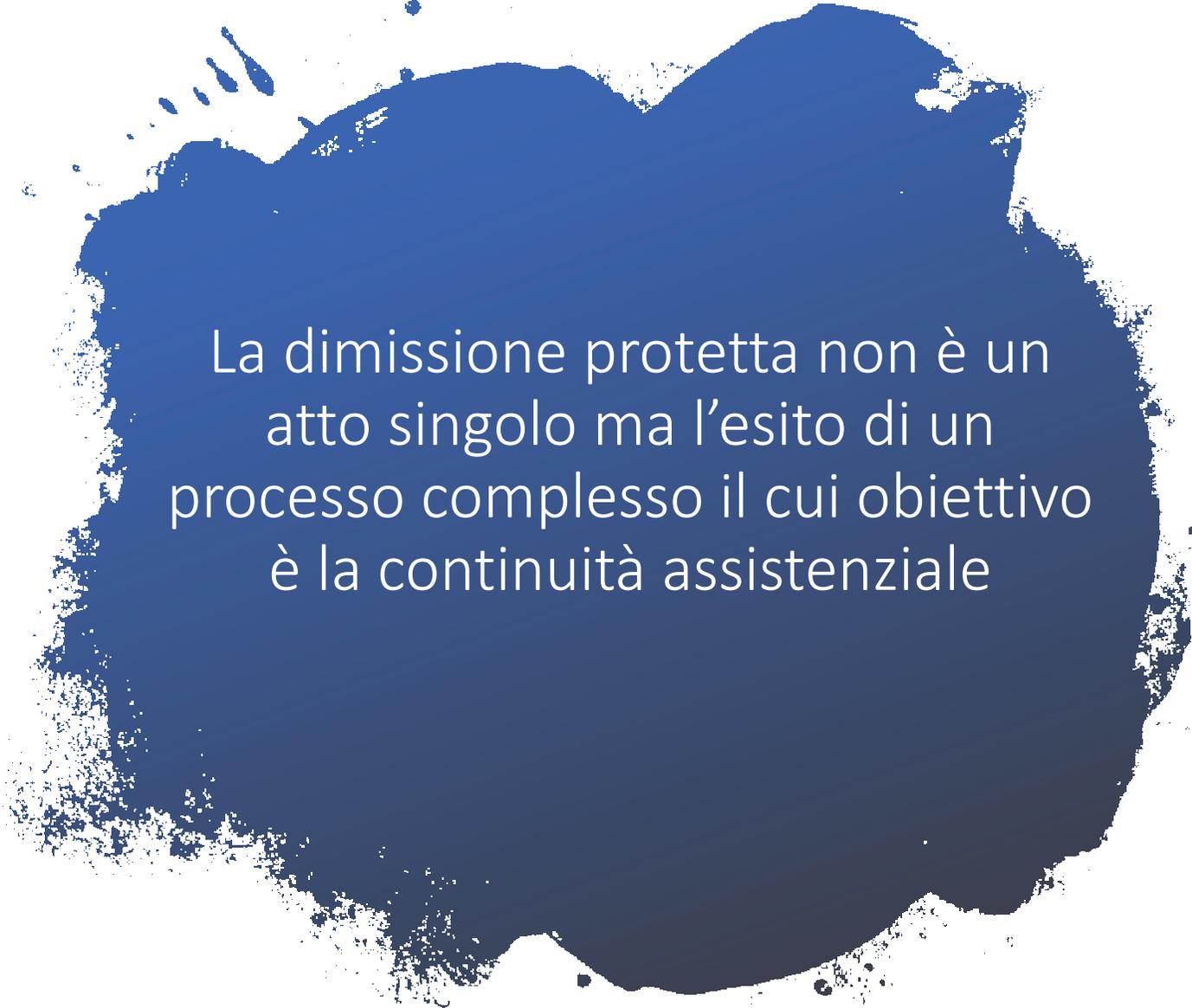
- Ridurre la durata dei ricoveri per la salvaguardia dell'autonomia residua del paziente
- Ridurre i casi di rientro in ospedale a breve termine per incapacità di gestione a domicilio
- Pianificare e attuare dell'educazione terapeutica
- Garantire appropriatezza delle prestazioni e utilizzo delle risorse
- Aumentare la soddisfazione dell'utente

Competenze

Cliniche

Manageriali

Finanziarie



La dimissione protetta non è un
atto singolo ma l'esito di un
processo complesso il cui obiettivo
è la continuità assistenziale

Paziente fragile

Complessità clinica
(malattia a prognosi
infausta, pluripatologie,
comorbidità)

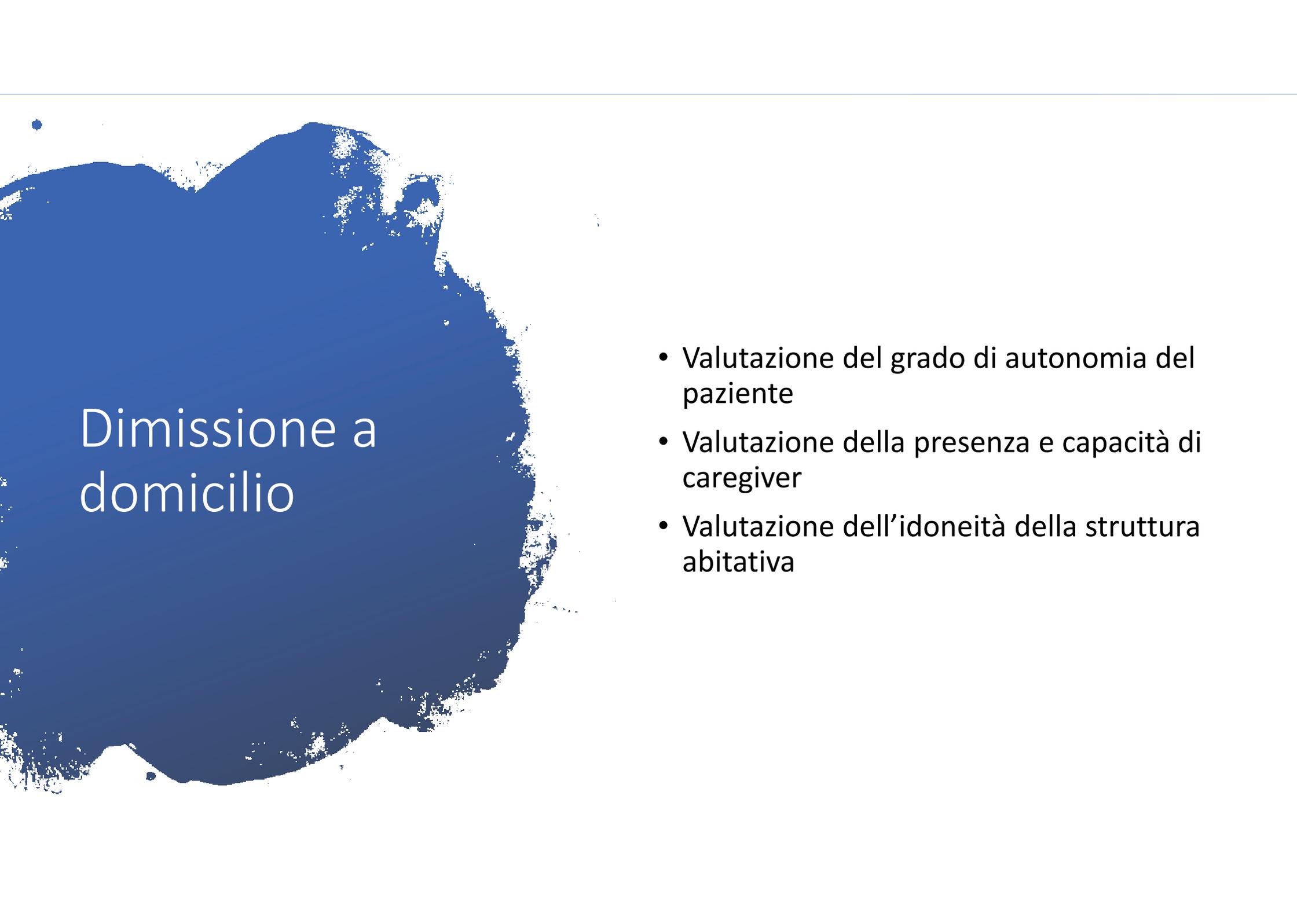
Complessità
assistenziale
(prevalenza di pazienti
anziani con incapacità
funzionali nelle AVQ)

Complessità sociale
(contesto di vita)



Dimissione

- La pianificazione della dimissione protetta ha l'obiettivo di accompagnare il paziente fragile anticipando a chi lo accoglierà i suoi bisogni per garantire la continuità di cure.
- Interventi mirati e documentazione diversificata a seconda che il paziente venga dimesso a domicilio o presso un'altra struttura



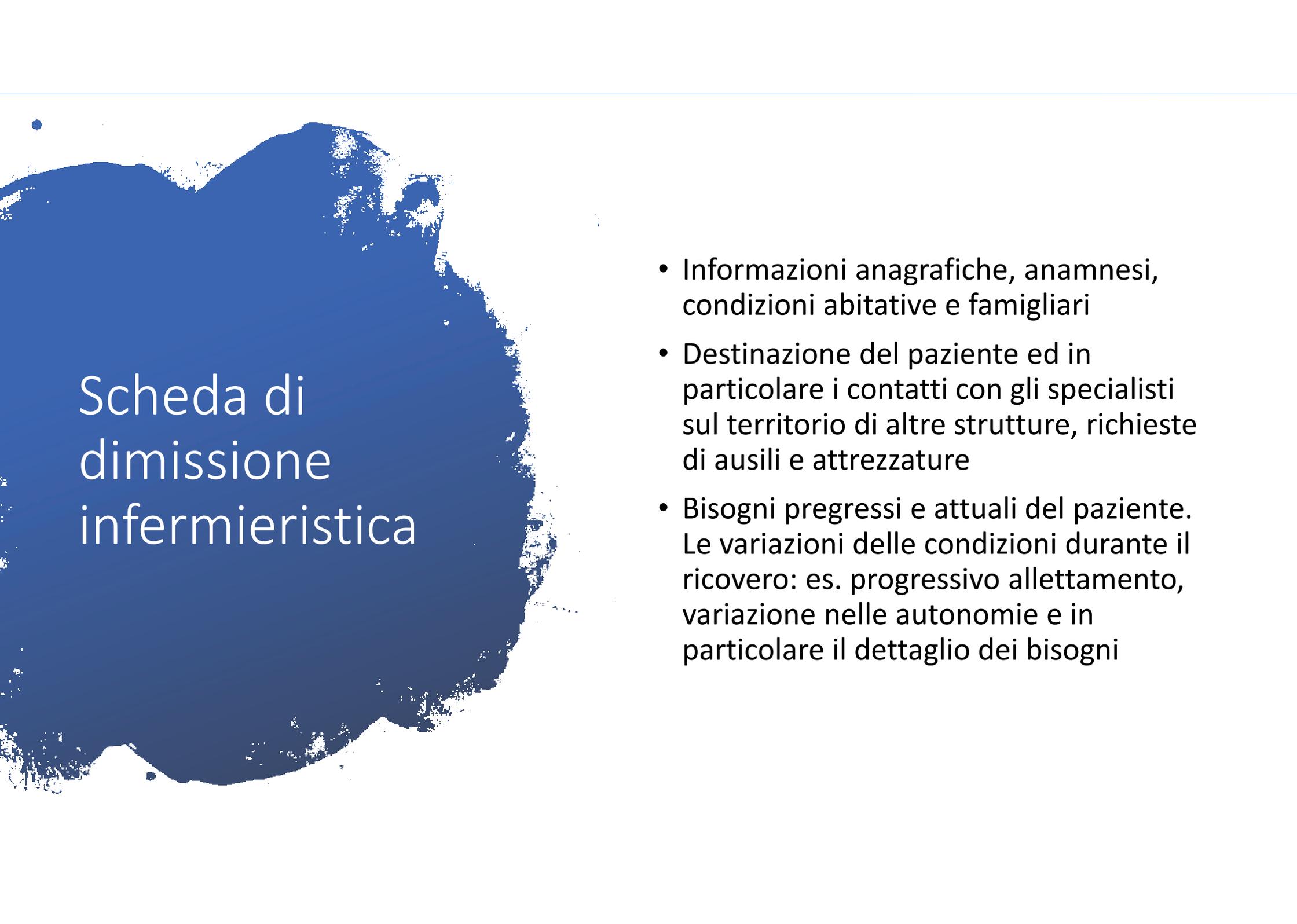
Dimissione a domicilio

- Valutazione del grado di autonomia del paziente
- Valutazione della presenza e capacità di caregiver
- Valutazione dell'idoneità della struttura abitativa



Scheda di dimissione infermieristica

- Documento che accompagna il paziente verso la struttura ricevente.
- Facilita la presa in carico da parte della struttura o del servizio che accoglie il paziente
- Evidenzia interventi attuati e quelli previsti



Scheda di dimissione infermieristica

- Informazioni anagrafiche, anamnesi, condizioni abitative e familiari
- Destinazione del paziente ed in particolare i contatti con gli specialisti sul territorio di altre strutture, richieste di ausili e attrezzature
- Bisogni pregressi e attuali del paziente. Le variazioni delle condizioni durante il ricovero: es. progressivo allettamento, variazione nelle autonomie e in particolare il dettaglio dei bisogni

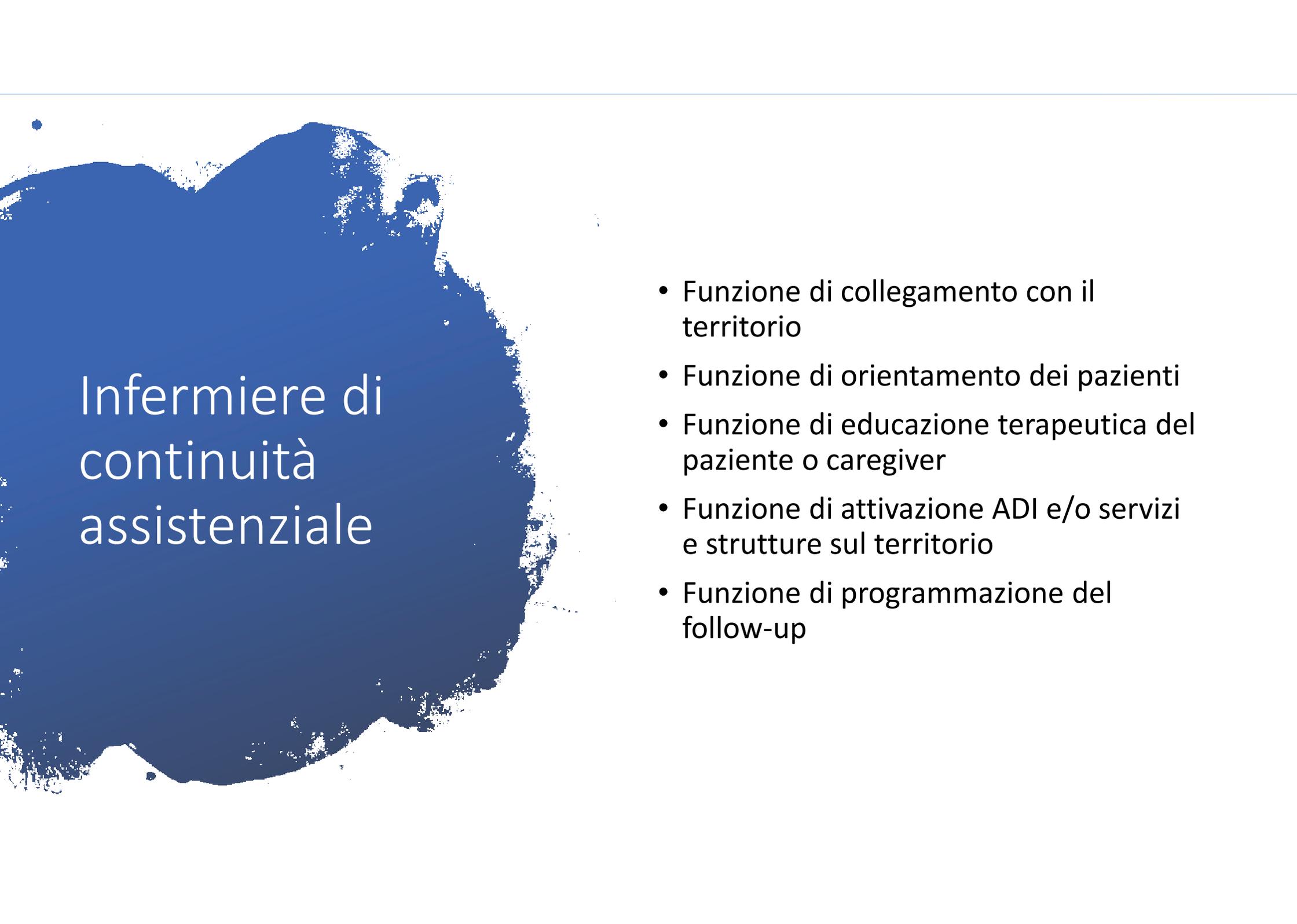
Scheda di dimissine infermieristica

- Bisogno di movimento
- Bisogno di igiene
- Bisogno di riposo e sonno
- Bisogno di alimentazione e idratazione
- Bisogno di respirazione e di mantenimento della funzione circolatoria
- Bisogno di eliminazione urinaria e intestinale
- Bisogno di interazione/comunicazione
- Bisogno di procedure diagnostico/terapeutiche
- Bisogno di gestione dei device



Continuità delle cure (evidenze)

- Si è riscontrato un tasso di errori nella gestione della terapia a domicilio in oltre il 50% dei pazienti dimessi senza un percorso di continuità assistenziale infermieristica (Kripalani et al., 2012)
- L'infermiere palliativista che pratica le cure a domicilio contribuisce a ridurre i ricoveri ospedalieri dell'80% (Barret et al., 2009)
- La transition of care migliora la sicurezza del paziente (Kessler et al., 2013)



Infermiere di continuità assistenziale

- Funzione di collegamento con il territorio
- Funzione di orientamento dei pazienti
- Funzione di educazione terapeutica del paziente o caregiver
- Funzione di attivazione ADI e/o servizi e strutture sul territorio
- Funzione di programmazione del follow-up

Dimissione protetta

- Valutazione precoce nei primi giorni del ricovero dei problemi potenziali che determinano la necessità di un percorso di continuità assistenziale
- Preparazione adeguata del paziente e della famiglia/caregiver per il rientro a domicilio
- Attivazione di un percorso clinico assistenziale trasversale tra ospedale e territorio
- Valorizzazione delle risorse famiglia e caregiver
- Passaggio di consegne e condivisione di informazioni
- Tempestività nella raccolta e trasmissione delle informazioni
- Monitoraggio e presenza

Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria
 U.O.C. di Oncologia Medica - Primario: Dr. Riccardo Gini
 Tel. 0445/8019471 e Fax 0445/8019441

SCHEDA INFERMIERISTICA DI DIMISSIONE

NOME E
 COGNOME
 DEL PAZIENTE

NR. TELEFONO UTILI	GRADO DI PARENTELA

RICOVERO: dal _____ al _____
 DIAGNOSI DI RICOVERO: _____
 PATOLOGIE CONCOMITANTI: _____

CHEMIOTERAPIA: NO SI : ORALE ENDOVENOSA
 TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO:

PRINCIPIO ATTIVO	DOSAGGIO	VIA	ORARI ASSUNZIONE

ALLERGIE: _____

STATO DI COSCENZA

VIGILE	SI	NO
APATICO	SI	NO
CONFUSO	SI	NO
SOPOROSO	SI	NO

Note: _____

RESPIRAZIONE

- 1 VIE NATURALI
- 2 TRACHEOSTOMIA
- 3 OSSIGENO TERAPIA
 - IN CONTINUO
 - INTERMITTENZA
 - LTMINUTO

Note: _____

ALIMENTAZIONE

- 1 PAZIENTE AUTOSUFFICIENTE
- 2 PAZIENTE DIPENDENTE
- 3 PORTATORE DI
 - 4 SNG
 - 5 PEG
 - 6 TPN
- 7 TIPO DI DIETA: _____

Note: _____

MOBILIZZAZIONE

- 2 PAZIENTE AUTOSUFFICIENTE
- 3 PAZIENTE SEMIDIPENDENTE
- 4 TOTALMENTE DIPENDENTE

Note: _____

IGIENE

- 3 PAZIENTE AUTOSUFFICIENTE
- 4 PAZIENTE SEMIDIPENDENTE
- 5 PAZIENTE TOTALMENTE DIPENDENTE

Note: _____

DURESI

- 1 PAZIENTE AUTOSUFFICIENTE
- 2 PAZIENTE SEMIDIPENDENTE

Insontione SI NO OCCASIONALE

CATETERE VESCICALE:

posizionato il _____
 catetro e tipo _____
 da sostituire il _____

Note: _____

ALVO

- 2 SPONTANEO
- 3 INCONTINENZA
- 4 CON L'AUTO DI : LASSATIVI PERLETTE
- 5 _____

ULTIMA EVACUAZIONE _____

Note: _____

MEDICAZIONI

SEDE	TIPO DI LESIONE	MATERIALE UTILIZZATO

Note: _____

CVC

TIPO	SEDE	DAL	FREQUENZA MEDICAZIONE	ULTIMA MEDICAZIONE
<input type="checkbox"/> PORT				
<input type="checkbox"/> GROSSONG				
<input type="checkbox"/> CVC				

AGO CYTOCAN _____

ASSISTENZA DOMICILIARE

- 1 NON ATTIVA
- 2 ATTIVATA il _____
- 3 AUSILI RICHESTI _____

Data: ____/____/____
 Firma infermiere _____

Edizione n. 4 del 28/09/2009 DATA 01.01.2017 DOCUMENTO RIVISTO E CONFERMATO DATA 01.06.2014

La nutrizione artificiale domiciliare (NAD) è un intervento a favore del paziente che tende a garantire, dal punto di vista nutrizionale, anche a domicilio, la stessa assistenza che il paziente può ricevere nel reparto di degenza o presso l'RSA.

NON TUTTI POSSONO ACCEDERE ALLA NAD:

la regione Veneto ha indicato le specifiche patologie in presenza delle quali un paziente può usufruire di tale servizio (deliberazione n. 2634 del 27 luglio 1999).

L'unità Operativa Ospedaliera che "ospita" il paziente e che lo ritiene un candidato alla NAD deve compilare in ogni sua parte la **MODULISTICA DI ATTIVAZIONE PER LA NUTRIZIONE ARTIFICIALE**, verificare che la patologia rientri tra quelle da barrare nella modulistica, ed inviarla tramite FAX al Distretto Sanitario di competenza (residenza del paziente):

ALMENO 5 GIORNI LAVORATIVI prima della DIMISSIONE dello stesso paziente

In allegato:

- Modulistica ASL 20: allegato 1*
- Modulistica ASL 21: allegato 2
- Modulistica ASL 22: allegato 3

Tale modulo dovrà essere compilato in ogni sua parte dal **MEDICO DI REPARTO**

*Per quanto concerne l'ASL 20, il modulo di eleggibilità clinica va compilato in collaborazione con i referenti in Ospedale per il Team nutrizionale della ASL20 :

Dott.ssa Emanuela Turcato - dirigente medico U.O. Geriatria
Dott.ssa Maria Paola Brunori - dirigente medico U.O. Gastroenterologia (in sostituzione)

DOVE INVIARE LA MODULISTICA:

Il modulo di attivazione va inviato al Distretto di appartenenza del Paziente.

Per una corretta attivazione della NAD e per la valutazione delle diverse opportunità assistenziali a domicilio è utile avvalersi della collaborazione dell'Assistente sociale sig.ra Francesca Martinelli (tel.3922). In particolare per i pazienti residenti in ASL21 e ASL22 è **vincolante** il contatto con l'Assistente sociale per la redazione della documentazione di pertinenza.

IMPORTANTE: Il Medico dell'U.O. che attiva la NAD si fa carico (eventualmente con la collaborazione del medico referente interno per il Team nutrizionale) della prescrizione, della gestione della dimissione e dell'addestramento del Paziente o del care giver di riferimento; l'addestramento verrà poi completato dal personale del Distretto.

A dark, irregular ink blot with a rough, splattered edge. The text "To be continued" is written in a clean, white, sans-serif font in the center of the blot. The background is plain white.

To be continued