

**Spett.le ASST Sette Laghi
di Varese**

La/Il sottoscritto/a

..... ANGARONI CINZIA

In relazione alla candidatura agli incarichi di funzione e come previsto dal Regolamento Aziendale con la presente ai sensi della normativa vigente;

AUTORIZZA

ASST SETTE LAGHI

☒ alla pubblicazione della/delle seguente/i Relazione/i:

Luogo e Data CITIGLIO Firma per autorizzazione alla pubblicazione..... Cinzia Angaroni
11-02-2021

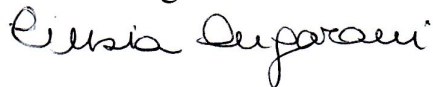
RELAZIONE

**Gestore del Coordinamento Struttura Alto Verbano Luino Cuasso
(Inferm./ostetrica/Tec.San./tecnico Riab./A.S.)**

ATTIVAZIONE AREA CURE INFERMIERISTICHE NELLA STRUTTURA OSPEDALIERA DELL'ALTO VERBANO (Stabilimenti di Luino e Cuasso)

Elaborato del Coordinatore Dapss della struttura di Cittiglio

D.D.S.I. Angaroni Cinzia



10.02.2021

MOTIVAZIONI PERSONALI: ritengo fondamentale nella realtà attuale, promuovere lo sviluppo di tutte quelle forme organizzative in rete, che avvalorino la centralità della persona umana.

Abstract.

Nei paesi occidentali la degenza media dei ricoveri ospedalieri si è ridotta in modo molto significativo e, su questo fenomeno, ha inciso soprattutto la riorganizzazione e l'integrazione territoriale che ha favorito la dimissione protetta a domicilio. Gli studi hanno dimostrato che statisticamente nel numero delle persone che vengono ricoverate ogni anno, emerge l'aumento progressivo delle persone anziane con malattie croniche, generando così il cosiddetto fenomeno della "revolving doors," cioè il continuo passaggio tra ospedale e domicilio, secondario sia alla tendenza dell'ospedale di dimettere precocemente, sia alla mancanza di assistenza sul territorio. Alla luce di questa premessa, la riconversione/attivazione di un' area a cura/conduzione infermieristica, (A.C.I.) nella struttura ospedaliera di Luino e di Cuasso, rappresenta a mio parere un primo passo verso la realizzazione dell'integrazione ospedale e territorio. L' area a gestione infermieristica si rivolge a persone affette da più patologie croniche coesistenti contemporaneamente e incidenti sulle condizioni di salute dell'assistito. Il paziente ricoverato in questo reparto non viene valutato solo per le sue condizioni cliniche, ma anche in base allo status socio familiare, ambientale e soprattutto per l'accessibilità alle cure. La letteratura scientifica internazionale è ricchissima di esperienze relative al "post acute care", inteso come fase intermedia di malattia, e, seppur con lievi differenze di contesto in cui sia stato implementato questo modello, ha attribuito agli infermieri la responsabilità organizzativa e gestionale di queste strutture, sia territoriali che ospedaliere.

Siglario:

U.O	Unità Operativa
A.C.I.	Area cura infermieristica
P.L	Posti letto

Glossario:

Revolving doors	Porta girevole/ riammissione ospedaliera in tempi molto brevi
Care giver	Colui che si prende cura
Briefing	Riunione
Cronich care model	Modello di assistenza dei pazienti affetti da cronicità.

CARATTERISTICHE DELLE ACI: autonomia funzionale; opera in forte integrazione con altri servizi sanitari come quelli di assistenza specialistica ambulatoriale e con i servizi di emergenza urgenza territoriali. La collaborazione tra ambito sanitario e sociale e la comunità locale, rappresenta un elemento qualificante a garanzia di una risposta ad un ampio insieme di bisogni e di tempestiva programmazione delle dimissioni. Inoltre la collaborazione con associazioni di volontariato potrà offrire un contributo anche nelle rilevazione della qualità percepita dei pazienti e dei familiari/ care giver.

FASI DEL PROGETTO:

- A. Identificazione dell'area a cura infermieristica: U.O. subacuti della struttura di Luino o una U.O. con le stesse caratteristiche della struttura di Cuasso.
- B. Aspetti strutturali: progettazione degli spazi: spazio attesa visitatori, camere di degenza singole e camere da due letti con accesso diretto al bagno, poltrona comfort per il familiare e/o per la mobilitazione del paziente, aree soggiorno, consumo pasti, locale per medicazione e visite, locali di lavoro per il personale, spogliatoi per il personale con servizio igienico, locale o spazio come deposito materiale pulito, locale o spazio come deposito materiale sporco, locale salme in assenza di servizio mortuario.
- C. Tecnologie richieste:

impianti di climatizzazione, erogazione di ossigeno, impianto di comunicazione a chiamata con segnalazione acustica e luminosa al letto, tecnologie idonee a garantire assistenza ordinaria e in emergenza, compresi i dispositivi diagnostici, presidi antidecubito, attrezzature per la mobilitazione, compresi gli ausili tecnici per la mobilità e il trasporto dei pazienti.

- D. Caratteristiche della struttura: è una struttura destinata verso la persona malata, aperta al rapporto con i familiari, con orari flessibili e il più possibile adeguati alle loro esigenze, coerentemente con la filosofia di base, che prevede una dimensione simile il più possibile a quella del domicilio. E' un luogo aperto che offre ai familiari la possibilità di stare vicini ai propri cari in modo confortevole e dove viene particolarmente valorizzata la cura dei bisogni di assistenza ad integrazione della terapia medica.

- E. Modalità di accesso alla U.O.: l'ammissione avviene esclusivamente in modalità programmata, concordata tra il medico proponente (MMG del paziente, specialista ospedaliero) e il coordinatore infermieristico; quest'ultimo nel rispetto dei criteri di eleggibilità/esclusione, effettua la valutazione definitiva del carico assistenziale, mediante l'utilizzo di una scala di valutazione

Può essere proposto l'accesso al reparto per soggetti cronici e fragili provenienti da reparti ospedalieri, oppure può essere proposto l'accesso dai medici di famiglia per i pazienti affetti da patologie croniche non sufficientemente compensate, compresa la incostante assunzione della terapia al domicilio. Per l'accesso è necessario che ci sia una diagnosi già definita, una prognosi già definita, la valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso l'utilizzo di scale standardizzate, un programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e la famiglia (ad eccezione del pronto soccorso).

- F. Organizzazione dell'A.C.I.

-Dotazione di posti letto: moduli di 10-20 p.l. per ricevere i pazienti oltre che dai reparti ospedalieri, anche direttamente dal territorio su richiesta del medico curante.

-Personale dedicato: un team multidisciplinare, formato da medici specialisti, medici dei servizi territoriali, infermieri, operatori socio sanitari, fisioterapisti, personale sociale e amministrativo, che assicurano la presa in carico globale del paziente e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale.

-Figure professionali presenti: quali infermieri? Infermieri che provengono da specialità cliniche diverse con esperienza, operatori socio sanitari.

-Organico: due infermieri per turno per la copertura delle 24 ore e due operatori socio sanitari per il turno del mattino e del pomeriggio, un coordinatore.

-Attività condivise:

-briefing del mattino tra medici e coordinatore infermieristico

-riunione settimanale di equipe per valutare i pazienti più sintomatici

-incontro settimanale con le assistenti sociali per il post ospedale

-Coinvolgimento dei familiari: intesi come risorsa che viene coinvolta nelle attività per l'apprendimento delle tecniche assistenziali (caregivers); per questo motivo l'ingresso è libero dalle ore 07.00 alle ore 22.00.

-Presenza medica: si può prevedere l'ingresso dei medici di medicina generale e da parte dei medici ospedalieri un'attività di consulenza.

-Dimissione del paziente: formulazione SDO

- G. Quale modello assistenziale?

Il personale infermieristico diventa il riferimento operativo nella gestione del reparto, svolgendo una funzione di case management, particolarmente strategico in queste realtà. Il modello assistenziale più consono a cui avrei pensato è il *cronich care model* dell'A.C.I. che prevede la realizzazione della presa in cura della persona fragile e cronica, sfruttando la ramificazione dei servizi territoriali, il coinvolgimento del paziente stesso e dei care-givers, attraverso degli elementi cardine dell'assistenza quali:

-assistenza centrata sulla persona: gli infermieri attraverso la pianificazione assistenziale, e con l'utilizzo di tassonomie internazionali sono in grado di essere consapevolmente autonomi e capaci di reggere il peso delle responsabilità, nonché di dimostrare gli out

come/esiti, prodotti dai loro interventi e da quelli del personale di supporto da loro coordinato.

H. Migliorie attese:

- Continuità assistenziale: attraverso un piano di dimissioni gestito dall'infermiere case manager che inizia la presa in carico già in terza giornata di degenza e redige una lettera di continuità assistenziale
- Centralità del lavoro multidisciplinare: attraverso un programma di cure che coinvolge diversi professionisti i quali devono integrarsi in maniera funzionale nella logica della interdipendenza
- Gestione interfaccia con i servizi territoriali.
- Valutazione degli esiti assistenziali.
- Raggiungimento dei risultati pianificati attraverso i piani assistenziali con stabilimento della percentuale di risultato. I casi non compresi nella percentuale sono attribuibili ad una riacutizzazione del problema clinico, a sopravvalutazione delle risorse dell'assistito o a una scarsa collaborazione.
- Riduzione dei tempi di attesa e /o in appropriatezza dei ricoveri ospedalieri; la creazione di tali degenze permetterà di gestire tutti i pazienti che necessitano di un ricovero a bassa intensità di cura, sia per la riacutizzazione delle condizioni di base, sia come proseguimento di una degenza ordinaria, senza gravare sui reparti per acuti e migliorando la gestione dei posti letto di questi ultimi-
- Recupero dell'autonomia, il contenimento degli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, legati all'insorgenza di difficoltà familiari, sociali o di gestione delle mutate condizioni fisiche e funzionali della persona fragile dopo un'evenienza acuta.
- Integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali e condivisione di risorse umane e tecnologiche.

I. Valore aggiunto delle A.C.I.

- Capacità di erogare assistenza realmente centrata sulla persona e non sul caso clinico.
- Offerta di salute appropriate ai bisogni reali della persona che sono di natura cronica quindi con prevalenza di bisogni assistenziali e non clinici.
- Miglioramento delle competenze professionali degli infermieri grazie alla trasversalità delle problematiche cliniche e assistenziali da gestire
- Apporto di un vantaggio economico del sistema in quanto non soggetto a DRG ma a valorizzazione della giornata di degenza e il costo del personale medico non rientra nella U.O
- Oggi la conduzione infermieristica ha dimostrato di possedere conoscenze avanzate teoriche e scientificamente supportate, un metodo di lavoro e un linguaggio disciplinare specifico, esperienze validate.
- Responsabilità: la gestione e la responsabilità del paziente è a carico delle figure assistenziali;
- Può essere considerato un passo verso quell'ospedale organizzato per intensità di cura
- Riduzione dei tempi dell'assistenza tramite ottimizzazione delle risorse professionali.
- Presa in carico dei pazienti attraverso dei score MEWS con un percorso post ospedaliero socio sanitario già programmato.

J. Utilizzo del progetto rete:

Educazione terapeutica che inizia durante il ricovero in A.C.I. ai pazienti, ai familiari e ai caregiver si protrae a domicilio attraverso un sistema di telefonate e di visite in ambulatorio infermieristico. Queste attività vengono espletate dallo stesso infermiere che il paziente ha conosciuto durante il ricovero e con il quale ha instaurato un rapporto di fiducia e di empatia. Si è disponibili per ogni chiarimento i qualsiasi momento telefonicamente. Nel caso i cui i pazienti debbano essere presi in carico dalla cure domiciliari nel post dimissione, si informano nei giorni precedenti sia telefonicamente che tramite e-mail i colleghi delle cure domiciliari, in quanto lavorare in rete rappresenta un valore aggiunto alla professione.