



IPASVI Collegio di Torino

**Preso in carico, continuità , personalizzazione
dell'assistenza in un'organizzazione per intensità:**

problemi aperti

Poster







IPASVI

Collegio di Torino

Argena Salvatore
ASL TO 3
Bed manager area medica
RIORGANIZZAZIONE DEL
Dipartimento di Medicina Generale per livelli di intensità di cura ed
assistenza.



PREMESSA

PSSR 2012-15
Revisione della
Rete Ospedaliera
Intensità di Cure
ed Assistenza

CONTESTO OPERATIVO
DIPARTIMENTO DI MEDICINA GENERALE

	PL	Opp.	PSSR (04)	USD (04)	TS (02)
CARDIOLOGIA	8	414	8,89	18,07	129,32
MEDICINA GENERALE	54	1.652	9,01	32,85	89,16
NEFROLOGIA	8	213	4,18	24,25	88,52
NEUROLOGIA	16	613	4,91	42,89	128,70
UNITA' COORDINATA	8	442	6,18	9,23	69,21
TOTALE DIPARTIMENTO	94	3.337	6,30	30,06	90,87

	COORDINAT	SUPERORDI	CSS	STUDENTI
OPERATORI COINVOLTI	3	45	30	10

**DEGENZE ORGANIZZATE
PER INTENSITA'**

MEDIO-ALTA MEDIO-BASSA

- Razionalizzazione delle risorse
- Assistenza adeguata ai bisogni

- Analisi del contesto
- Analisi dei dati storici

- Monitoraggio
- Revisione criteri
- > Ricovero
- > Ripartizione risorse

- Definizione criteri di ricovero riparto risorse
- Focus group
- Revisione dei criteri

- Profili di posto
- Mappe di competenza
- Val. bisogni formativi
- Interventi formativi

- Analisi dei bisogni di assistenza per i quadri clinici più rappresentati
- Focus group

- Ottobre 2013: Avvio progettazione
- Marzo 2014: Revisione del layout delle degenze

- Scelta del modello di valutazione infermieristica della complessità assistenziale
- Focus group





IPASVI

Collegio di Torino

Flavia Cardillo

TO4 di Chivasso nei P.O. di Ivrea e Cuornè

RIORGANIZZAZIONE, IN UN'OTTICA DI PRESA IN CARICO E DI CONTINUITA',
DELLE DEGENZE DELL'AREA CHIRURGICA DEI PP.OO.RR. DEL CANAVESE- ASL
TO4



RIORGANIZZAZIONE, IN UN'OTTICA DI PRESA IN CARICO E DI CONTINUITA', DELLE DEGENZE DELL'AREA CHIRURGICA DEI PP.OO.RR. DEL CANAVESE- ASL TO4

F. Cardillo*, C. Occhiena*, M.C. Bosco** E.Bianchetti*, L. Bertola*, D. Anzini***, K. Callegher****, A.M. Giraudj****, M. Perrin****

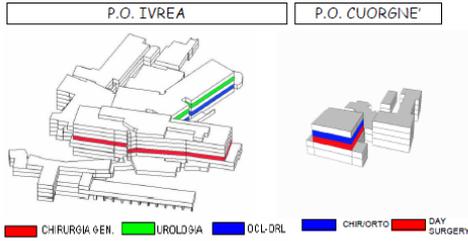
ASLTO4 -> Serv. Inferm.co. Area C - Ivrea, ** DMO PP,OO.RR. Area C - Ivrea, *** CPSE, CPSI SS.CC. area Chirurgica Area C - Ivrea.

Premessa

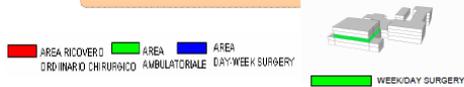
Il modello clinico assistenziale per intensità di cura rappresenta una sfida sia per i professionisti, sia per l'organizzazione che deve mettere in campo capacità progettuali di coinvolgimento e di costante verifica dei processi impostati. Gli elementi che maggiormente influenzano il livello di performance degli Ospedali è oggi rappresentato dalla capacità di governo degli stessi e, quest'ultima, si sostanzia tramite la capacità di impostare P.D.T.A. condivisi, aggiornati e finalizzati a perseguire l'appropriatezza delle prestazioni ed a valorizzare i diversi ruoli coinvolti nel percorso di cura.

Presso i PP.OO.RR. di Ivrea e Cuorgnè è stata progettata ed attuata una riorganizzazione delle aree chirurgiche che, ispirandosi alle cure graduate, ha superato la suddivisione delle degenze per specialità, con l'articolazione di un'area di degenza multispecialistica a maggiore intensità e due aree di degenza multispecialistica di Week/Day Surgery. Il razionale risiede nel miglioramento dell'uso degli spazi ospedalieri e dei percorsi di accesso, nella ottimizzazione dell'impiego dei posti letto e del personale di assistenza ed inoltre nella spinta verso una logica di cooperazione tra molteplici figure professionali e di attualizzazione condivisa dei percorsi assistenziali.

PRIMA

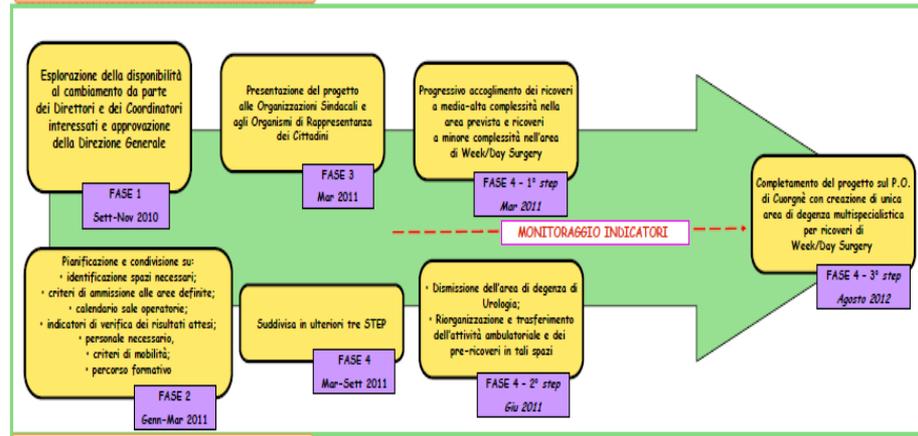


DOPO



Obiettivi	Risultati
Allineare l'organizzazione alle mutate necessità di contesto	- La razionalizzazione condotta ha prodotto flessibilità e dinamicità organizzativa e professionale. - Negoziazione dell'appropriatezza e non razionamento delle risorse umane e strumentali - Miglioramento percorsi (accessibilità) - Migliore presa in carico della persona assistita
Attualizzare il coordinamento dell'assistenza	- Attuazione percorso formativo comune - Attualizzazione condivisa dei percorsi clinico-assistenziali e dei processi di lavoro - Riprogrammazione condivisa degli spazi operatori - Riduzione dei costi con mantenimento della stessa produzione chirurgica - Promozione di un modello di lavoro basato sulla cooperazione e integrazione multidisciplinare/professionale orientato a recuperare la centralità della persona assistita

Fasi progettuali



BIBLIOGRAFIA

- D.G.R. Regione Piemonte n. 26-11674 del 28-06-2009. Modalità per l'effettuazione della sperimentazione dell'organizzazione dell'attività di degenza chirurgica su cinque giorni (Week Surgery).
- Nicosia F. L'ospedale snello. Per una sanità a flusso controllato e intensità di cura. FrancoAngeli, 2008.
- Casassa F, Garufi F, Ripa F. L'ospedale per intensità di cure. Lo stato dell'arte in Italia. L'Ospedale 2009, 2; pag 68-75.

Primo Autore: Flavia Cardillo. Responsabile Servizio Infermieristico ASLTO4 Area C. E-mail: fcardillo@aslo4piemonte.it



IPASVI

Collegio di Torino

Anna Chiattonne
Coordinatore infermieristico
Serv Professioni Sanitarie
“ La riorganizzazione dell’area chirurgica
OO. RR di Pinerolo ASL TO 3 “



Presenza in carico, continuità , personalizzazione dell'assistenza in un'organizzazione per intensità: *problemi aperti*, Torino 9 dicembre 2013



IPASVI

Collegio di Torino



Daniela DEARCA
Coordinatore Dipartimento Assistenziale Area Chirurgica AO Mauriziano
“Dalle Cure semi intensive all'intensità di cura”





IPASVI

Collegio di Torino



Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino
Dipartimento Chirurgico

DALLE CURE SEMI INTENSIVE ALL' INTENSITA' DI CURA

A. Casposolo (2), D. Deanca (1), S. Dell'isola (2), V. Esposito (2), B. Lavorato (2), L. Perritta (2), M. Rolfo (2), T. Santoro (2), A. Valentini (2)

LA NOSTRA STORIA
Dal 1994 al 2013

Dal 1994 al 1997

Ospedale Mauriziano "Umberto I" di Torino - "Progetto di organizzazione dell'attività infermieristica secondo il modello dipartimentale [...]"

Per ogni Dipartimento sono stati individuati un Coordinatore Infermieristico di dipartimento, un Comitato Direttivo (livello deliberante) e un Comitato Tecnico-Operativo Infermieristico (livello esecutivo)

© Galassandri (1997)

ROTAZIONE ANNUALE DEL PERSONALE SUL DIPARTIMENTO



GRUPPI DI LAVORO INTRADIPARTIMENTALI

DAL 1998 AL 2013

DOTAZIONE POSTI LETTO PER AREA OMOGENEA I CRITERI:

1. Complessità Clinico assistenziale
2. Tipologia intervento / ASA / Durata degenza
3. Prevalenza attività chirurgica d'elezione

36 PL

REPARTO 4A
DAY-WEEK SURGERY
BASSA INTENSITA'

21 PL

REPARTO 8B
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDIA - ALTA INTENSITA'

CENTRALITA' DEL CLIENTE

28 PL

REPARTO 4C
CHIRURGIE SPECIALISTICHE
MEDIA - ALTA INTENSITA'

36 PL

REPARTO 4B
CHIRURGIA GENERALE ONCOLOGICA
ALTA - INTENSITA'

REPARTO 4B
SEMI - INTENSIVA

6 PL

PUNTI DI FORZA

- Responsabilità diretta del coordinatore nella gestione dipartimentale del post letto
- Utilizzo trasversale delle risorse umane e strumentali
- Valorizzazione delle competenze
- Diffusione e implementazione modello organizzativo modulare
- Documentazione assistenziale comune
- Interventi rinviiati per assenza posto letto 2012 (2%); 2013 (< 1%)
- Riduzione del 40% di trasferimenti in Area Intensiva
- Arredi e materiali uguali



PUNTI DI DEBOLEZZA

- Sviluppo di competenze specifiche d'area
- Documentazione clinico - assistenziale integrata
- RICOVERI in area semi - intensiva da parte di tutte le specialità chirurgiche < 5%
- Resistenza al cambiamento

PROGETTI

- Nuovo modello assistenziale (Primary Care)
- Adozione di uno strumento di valutazione della complessità assistenziale in ambito chirurgico
- Formazione del personale per lo sviluppo delle competenze in ambito chirurgico per favorire la multidisciplinarietà
- Documentazione infermieristica integrata e informatizzata

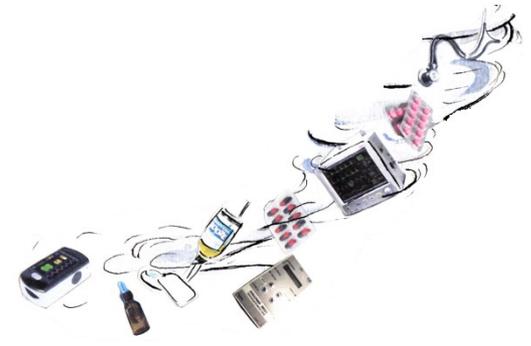


SENZA INFERMIERI NON C'E FUTURO

Presenza in carico, continuità, personalizzazione dell'assistenza in un'organizzazione per intensità: problemi aperti, Torino 9 dicembre 2013

Angela DELSAL

Coordinatore Dipartimento Assistenziale Area Medica
“L'Ospedale Mauriziano di domani- Progetto di riorganizzazione
dell'Ospedale per intensità di cura”



1. Premessa
 Il Piano sanitario regionale del Piemonte 2012-2015 ha sostenuto, promosso, implementato un nuovo modello di ospedale, che prevede il superamento dell'organizzazione ospedaliera articolata in reparti differenziati per le singole discipline specialistiche e la realizzazione di un impianto organizzativo caratterizzato da intensità di cure e aree funzionali omogenee. Il progetto, iniziato fine anno 2012, all'ospedale Mauriziano di Torino è coordinato dalla Direzione Aziendale con il supporto operativo della DMPD e del SITRO prevede la riorganizzazione di un ospedale per acuti di medie dimensioni per intensità di cure, tenuto conto dei vincoli strutturali e dell'organizzazione dipartimentale già presente e con il coinvolgimento attivo di professionisti dell'area medica e delle professioni sanitarie delle strutture operanti.
INTENSITA' DI CURA: Assegnare al malato il setting più appropriato rispetto ai suoi bisogni assistenziali, legati non solo alla tipologia di ricovero ma anche alla sua condizione clinica e di dipendenza
 S. Briani, E. Corbucci 2007

IL CONTESTO

DIP. MEDICO: pi: 127 alicati 3 padiglioni, 4 rep degenza e un'area di semi-intensiva; dotazione/gestione pi per ospedali; prevalenza ricoveri DEA
DIP. CHIRURGICO: 124 pi alicati in 2 padiglioni, 4 rep degenza e un'area semi-intensiva; dotazione pi per area omogenea/ complessità intervento/durata degenza, prevalenza attività chirurgica d'elezione
DIP. CARDIOVASCOLARE: 60 pi alicati in un unico padiglione, 3 rep degenza e rianimazione dedicata; dotazione/gestione pi per specialità; ricoveri d'elezione per attività interventistica/chirurgica prevalenza ricoveri Dea per l'area cardiologia
DIP. NEUROREABILITATIVO: 20 pi unico reparto di degenza; dotazione pi per specialità; presenza di stroke unit, prevalenza ricoveri Dea o trasferimenti inbani

2. Obiettivo Aziendale
 ORGANIZZARE LE AREE ASSISTENZIALI DELL'OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURA E COMPLESSITÀ DI ASSISTENZA, SECONDO LE INDICAZIONI DEL PSGR 2012-2015.

3. Materiali e metodi

GRUPPI DI LAVORO MULTIPROFESSIONALI

- criteri e livelli di complessità
- strumenti predittivi per la valutazione della complessità
- modelli organizzativi
- livelli di responsabilità

ricerca bibliografica e confronto con esperienze

TRICCO: indice di intensità di cure (1)

	DEA 20-29	DEA 10-19	DEA 1-9
MEDICO 1	Alto	Medio	Alto
MEDICO 2	Medio	Medio	Alto
MEDICO 3	Alto	Alto	Alto

3. Materiali e metodi

TRICCO: valutazione impegno assistenziale

	1	2	3	4	5
Medico	Alto	Medio	Medio	Medio	Alto
Chirurgico	Alto	Medio	Medio	Medio	Alto
Cardiovascolare	Alto	Medio	Medio	Medio	Alto
Neuroreabilitativo	Alto	Medio	Medio	Medio	Alto

MORG: valutazione instabilità clinica

	1	2	3	4	5
Medico	Alto	Medio	Medio	Medio	Alto
Chirurgico	Alto	Medio	Medio	Medio	Alto
Cardiovascolare	Alto	Medio	Medio	Medio	Alto
Neuroreabilitativo	Alto	Medio	Medio	Medio	Alto

SCELTA DELLO STRUMENTO - TRI.CO

scelta del modello assistenziale (2)

CRITICITÀ

- Difficoltà ad accettare ed esercitare i nuovi livelli di responsabilità ed autonomia a livello organizzativo e professionale
- Gestione ricoveri ancora fortemente influenzata dalla "specialità clinica" e non dall'intensità di cura e complessità assistenziale
- Strumento "TRI.CO" poco affidabile per la valutazione del pz chirurgico
- Non attivazione della day week hospital del dipartimento medico

RISULTATI

- Formalizzazione dei criteri di complessità e accesso ai vari setting di cura
- Mappatura delle competenze del personale e ri-assegnazione dei professionisti nei nuovi setting di cura, facilitata dalla motivazione dei gruppi professionali
- Analisi bisogni formativi finalizzata allo sviluppo omogeneo delle competenze
- Apertura della low care aziendale, ammuovimento dei pazienti sulla base della valutazione dello strumento (TRI.CO)
- Apertura della week hospital- surgery del dipartimento cardiovascolare
- Migliore predisposizione al confronto multiprofessionale

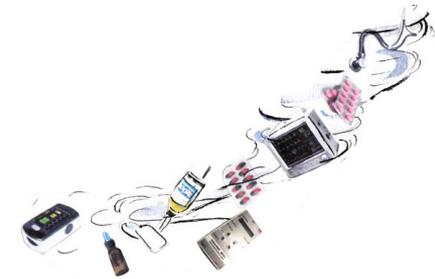
CRITICITÀ

- Difficoltà ad accettare ed esercitare i nuovi livelli di responsabilità ed autonomia a livello organizzativo e professionale
- Gestione ricoveri ancora fortemente influenzata dalla "specialità clinica" e non dall'intensità di cura e complessità assistenziale
- Strumento "TRI.CO" poco affidabile per la valutazione del pz chirurgico
- Non attivazione della day week hospital del dipartimento medico

RISULTATI

- Formalizzazione dei criteri di complessità e accesso ai vari setting di cura
- Mappatura delle competenze del personale e ri-assegnazione dei professionisti nei nuovi setting di cura, facilitata dalla motivazione dei gruppi professionali
- Analisi bisogni formativi finalizzata allo sviluppo omogeneo delle competenze
- Apertura della low care aziendale, ammuovimento dei pazienti sulla base della valutazione dello strumento (TRI.CO)
- Apertura della week hospital- surgery del dipartimento cardiovascolare
- Migliore predisposizione al confronto multiprofessionale

(1) Azienda Sanitaria Firenze - L'Espresso, 20/10/2012
 (2) Regione Piemonte - Direzione Regionale Sanità - 2012
 (a) Dirigente Responsabile SC SITRO (b) Coordinatore Dipartimenti Assistenziali





IPASVI

Collegio di Torino

Olivia Cerrina coordinatrice infermieristica DEA – Cuneo

“La valutazione della complessita’ assistenziale in dea: Uno strumento per la corretta allocazione dei pazienti In aree di ricovero a diversa intensita’ di cura”





IPASVI

Collegio di Torino

Presa in carico, continuità, personalizzazione dell'assistenza in un'organizzazione per intensità: problemi aperti, Torino 9 dicembre 2013

LA VALUTAZIONE DELLA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE IN DEA: UNO STRUMENTO PER LA CORRETTA ALLOCAZIONE DEI PAZIENTI IN AREE DI RICOVERO A DIVERSA INTENSITA' DI CURA



M. Marano*, V. Falaspona*, V. Falaspona*, G. Carraro †, P. Tartaglia §

*Università degli Studi di Torino
†Università degli Studi di Torino
‡Università degli Studi di Torino
§Università degli Studi di Torino

PREMESSA

Perché nella realtà ospedaliera accade la grande maggioranza dei ricoveri in aree medio ambulatoriali il Dipartimento di Emergenza (DEA), è indispensabile che la sua sede venga identificata come il degenza più idonea per il paziente.

Si pone pertanto la necessità che il DEA disponga di strumenti che possano rilevare la complessità clinico/assistenziale del paziente, al fine di determinare quale livello di intensità di cura sia idoneo, garantendo sicurezza e qualità nell'assistenza da un lato, razionalità e appropriatezza nell'utilizzo delle risorse dall'altro.

OGGETTIVO



Individuare uno STRUMENTO OPERATIVO rapido, di facile applicazione, riproducibile da tutti gli operatori utilizzabile nel setting del DEA, che valuti il LIVELLO DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE di ogni singola paziente al momento del ricovero.

STRUMENTI E METODI

FASE PRELIMINARE

definire il livello predefinito di complessità assistenziale (Brevità dei problemi, Problemi e Obiettivi, valutazione di eventuali bisogni per complessità assistenziale)

definizione operativa di quanto richiesto (definizione di livelli di complessità assistenziale, definizione di livelli di complessità assistenziale, definizione di livelli di complessità assistenziale)

FASE PROGETTUALE

definizione di uno strumento operativo (definizione di livelli di complessità assistenziale, definizione di livelli di complessità assistenziale, definizione di livelli di complessità assistenziale)



RISULTATI

Accanto ad esso prevede la letteratura numerosi score che valutano la complessità assistenziale, nessuno è stato progettato e testato prima valutato nel setting del Pronto Soccorso.

È stato pertanto elaborato uno strumento di valutazione del Livello di complessità assistenziale che deve essere rilevato dall'infermiere che ha curato il paziente in DEA.

Lo score proposto prevede la considerazione cinque elementi relativi alla complessità assistenziale e ai bisogni del paziente: complessità assistenziale e ai bisogni del paziente, complessità assistenziale e ai bisogni del paziente.

Tale valutazione non intende fotografare la situazione del paziente al momento in cui viene deciso il ricovero, ma la realtà di ordine globale potrà essere la dignità di assistenza infermieristica necessaria sul rispetto di diversità, collocabile in un'area a basso, medio, medio-alto, alto carico assistenziale.



CONCLUSIONI

Ritorniamo che la valutazione della complessità assistenziale in DEA sia fattibile in maniera semplice e rapida e che tale analisi sia necessaria per la corretta allocazione del paziente in aree di ricovero a diversa intensità di assistenza e di cura, al fine di garantire sia la sicurezza del paziente sia un ottimale utilizzo delle risorse.

A tal scopo, viene proposto uno score semplice e di facile applicazione, utilizzabile come strumento di valutazione.

Documen, dopo un periodo di implementazione e sperimentazione, valutare l'applicabilità nel contesto del DEA (ad esempio utilizzando il metodo SWOT) e la ricaduta operativa nel regard di ricovero.

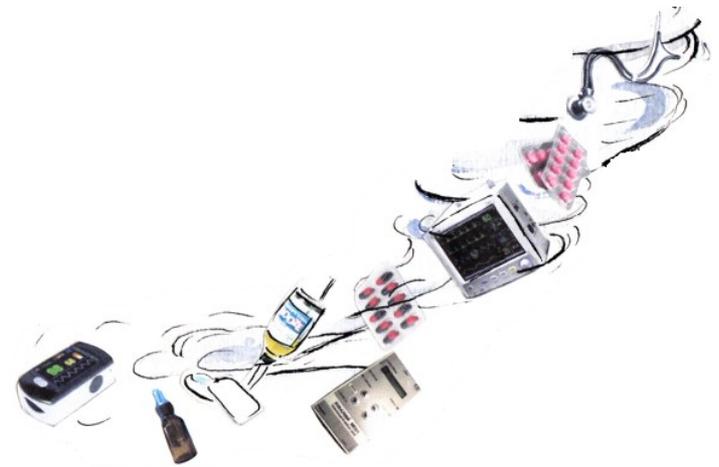
Ricerca in corso...
Bibliografia: M. Marano, V. Falaspona, V. Falaspona, G. Carraro, P. Tartaglia. La valutazione della complessità assistenziale in DEA: uno strumento per la corretta allocazione dei pazienti in aree di ricovero a diversa intensità di cura. *Journal of Emergency Medicine*, 2013, 45(4): 345-352.



Patrizia PETITTI

Coordinatore infermieristico

Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino
Area di Chirurgia generale e specialistica pediatrica Presidio OIRM
L'ORGANIZZAZIONE PER INTENSITA' DI CURE OSPEDALE INFANTILE
REGINA MARGHERITA DI TORINO





L'ORGANIZZAZIONE PER INTENSITA' DI CURE NELL'OSPEDALE INFANTILE REGINA MARGHERITA DI TORINO

Torino, 8 Dicembre 2013

L. Odetto, P. Pettiti, M. Domenino, L. Altizio, P. Carità, C. Ferrero Pocchetto, M. Sacco
tutto il personale infermieristico e di supporto dell'Area chirurgia pediatrica OIRM

INTRODUZIONE:

L'Area di Chirurgia generale e specialistica pediatrica è stata riorganizzata, nel Settembre 2010, per livelli di intensità di cure utilizzando uno strumento elaborato *ad hoc* che ha permesso la suddivisione dei pazienti per livelli di intensità assistenziale.

CRITICITA' PRE - RIORGANIZZAZIONE:

- Articolazione in piccoli reparti di diverse specialità chirurgiche
- Distribuzione del personale in rapporto al numero delle risorse disponibili senza distinzione in base alla complessità dei bambini
- Indice di occupazione RO pari al 55%
- Tasso di occupazione DH pari al 63%
- Degenza pre-operatoria pari a 1,57 giornate

OBIETTIVI:

- Razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane e strumentali
- Aumentare l'occupazione posti letto: RO > 75% e DH > 75%
- Ridurre la durata della degenza pre-operatoria
- valutare la qualità percepita dai genitori dei bambini mediante la somministrazione di un questionario di gradimento



	ALTA INTENSITA' DI CURA: OLTRE 240 minuti / 24 ore	L'assetto organizzativo del Dipartimento prevede 4 livelli di intensità, DA 120 minuti a 240 minuti / 24 ore un modello assistenziale a orientamento di tipo professionale A SOSTEGNO della personalizzazione dell'assistenza e la valorizzazione delle competenze professionali
	MEDIA INTENSITA' DI CURA: DA 120 minuti a 240 minuti / 24 ore	
	BASSA INTENSITA' DI CURA: FINO A 120 minuti / 24 ore	
	WEEK SURGERY DI MEDIO-BASSA INTENSITA' MAX 8 GG. DI DEGENZA	

RISULTATI (dopo 2 anni):

- Riduzione dei posti letto con distribuzione delle risorse umane in relazione alla complessità assistenziale dei bambini
- Tasso di occupazione RO pari all'80%, DH 89% (in linea con le indicazioni regionali)
- Riduzione della degenza pre-operatoria a 0,5 giornate
- introduzione della mobilità del personale tra i vari settori dell'Area chirurgica (previo training di formazione residenziale e sul campo)
- Riduzione monte ore di lavoro straordinario e pieno utilizzo delle ferie maturate nell'anno
- Questionario di gradimento: genitori più che soddisfatti

CONCLUSIONI:

La maggior parte dei risultati sono in linea rispetto agli obiettivi previsti, tuttavia esiste un dato critico circa il tasso di occupazione della Week Surgery (bassa intensità, 57%). Tale dato è parzialmente imputabile ad una riduzione dell'attività del Blocco Operatorio dovuta alla carenza del personale anestesiológico. Risulta fondamentale provvedere ancora ad un miglior coordinamento del Blocco Operatorio in base alla disponibilità dei posti letto, tenendo sempre conto delle liste di attesa e delle attività in urgenza



Lara Pezzano
Bed manager area chirurgica
“percorso riorganizzazione dell'area chirurgica
OO. RR. di 10 Pinerolo
per intensità di cura e assistenza” ASL TO 3





PERCORSO DI RIORGANIZZAZIONE AREA CHIRURGICA OO. RR. di PINEROLO ASL T03

Autori: Dott.ssa Pezzano Lara, Sig.ra Blanc Claudia, Sig. Borda Bossana Fausto, Dott.ssa Chiattonne Anna, Sig. Domina Santino, Sig. Gallo Angelo, Sig.ra Palmero Silvia, Dott. Polverini Fabrizio, Sig.ra Ribet Sandra, Sig.ra Rosini Manuela, Dott. Sacco Roberto, Sig.ra Sapei Graziella.

S.C. CHIRURGIA GENERALE

S.C. OCULISTICA

S.C. ORTOPIEDIA

S.C. OSTETRICIA/ GINECOLOGIA

S.C. ORL

S.C. UROLOGIA

**2012
ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTO CHIRURGICO**

- S.C. INDIPENDENTI E AUTONOME
- DIRETTORE S.C. RESPONSABILE LISTE OPERATORIE E LISTE D'ATTESA
- PRERICOVERO CENTRALIZZATO PER S.C. CHIRURGIA E ORL
- 1 COORDINATORE PER OGNI STRUTTURA
- LISTE OPERATORIE PER OGNI SALA MONOSPECIALISTICHE
- ASSISTENZA ORGANIZZATA PER COMPITI E FUNZIONI
- POSTI LETTO TOTALI: DEGENZA 54; DAY SURGERY 14.

**INTERVENTI DAL 09 SETTEMBRE AL 06 NOVEMBRE 2012:
ELEZIONE 805 (501 IN DS. 304 RICOVERO ORDINARIO)**

**PERCORSO DI RIORGANIZZAZIONE ATTUATO
(aspetti tecnico gestionali)**

- INDIVIDUAZIONE DELLA FIGURA DEL BED MANAGER CHE SI E' OCCUPATO DI:
 - ✓ ANALISI DEGENZE ULTIMI 18 MESI PER OGNI ICD9 PROCEDURA PRINCIPALE
 - ✓ CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI PER GIORNATE DI DEGENZA STANDARD SULLA BASE DELLO STORICO E DELLE LINEE GUIDA REGIONALI
 - ✓ ANALISI DEI FLUSSI NECESSARI PER GARANTIRE UN TASSO DI OCCUPAZIONE LETTI DEL 95% IN LONG SURGERY, 75% WEEK SURGERY, 90% DAY SURGERY, 100% DISCHARGE ROOM
 - ✓ DISTRIBUZIONE DELLE SALE OPERATORIE SECONDO LE LISTE D'ATTESA E TIPOLOGIA D'INTERVENTO
 - ✓ GOVERNO DELLE LISTE OPERATORIE AL FINE DI RIDURRE TEMPI DI INUTILIZZO DELLE STESSE
- INDIVIDUAZIONE DI DUE COORDINATORI DEPUTATI AL GOVERNO DELLE DIMISSIONI PROTETTE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

**PROCESSO DI PROFESSIONALIZZAZIONE & EMPOWERMENT
IN PROGRESS**

- ANALISI QUALITATIVA DI VISSUTO E ASPETTATIVE DI DIRETTORI E COORDINATORI COINVOLTI
- CORSI DI FORMAZIONE PER IL MIDDLE MANAGEMENT SPECIFICI TENUTI DA DOCENTI DELLA BOCCONI
- REDISTRIBUZIONE DEL PERSONALE SUI TRE LIVELI DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALI SECONDO COMPETENZE E DESIDERATO
- BENCHMARKING CON ALTRE STRUTTURE DEL CENTRO ITALIA CHE HANNO GIA' ATTUATO E CONSOLIDATO IL PROCESSO DI RIORGANIZZAZIONE
- COSTITUZIONE DI TAVOLE DI LAVORO SUI PERCORSI CLINICO E ASSISTENZIALI CON COINVOLGIMENTO ATTIVO DEGLI ESPERTI DI OGNI SPECIALITA'
- PROGETTAZIONE DI CORSI ECM SU PROFILI DI POSTO E PERCORSI
- INCONTRI SETTIMANALI DEL SITR CON I COORDINATORI
- COINVOLGIMENTO MULTIPROFESSIONALE E MULTIDISCIPLINARE NELLE TAVOLE ROTONDE PER CONDIVIDERE E DEFINIRE I PERCORSI DELLE PATOLOGIE DI CONFINE

**16 SETTEMBRE 2013
NUOVO DIPARTIMENTO CHIRURGICO MULTISPECIALISTICO
(chirurgia, oculistica, ortopedia, ost/ginecologia, ORL, urologia)**

- 14 POSTI LETTO LONG SURGERY + 26 POSTI LETTO CHIRURGIA D'URGENZA (APERTI 7 GIORNI SU 7)
(1 COORDINATORE TUTOR CLINICO-ASSISTENZIALE; 1 COORDINATORE GESTIONALE)
 - 14 POSTI LETTO DAY SURGERY & 24 P.L. WEEKLY SURGERY (DAL LUNEDI' MATTINA AL VENERDI' SERA)
 - 6 POSTI LETTO DISCHARGE ROOM
 - 16 POSTI LETTO OSTETRICIA
 - BED MANAGER (Direzione Sanitaria) RESPONSABILE GESTIONE POSTI LETTO, LISTE OPERATORIE, UTILIZZO SALE OPERATORIE, GESTIONE DEI FLUSSI
 - CONTINUITA' ASSISTENZIALE (Direzione Sanitaria) RESPONSABILE GESTIONE FLUSSI VERSO LE STRUTTURE RESIDENZIALI, DIMISSIONI PROTETTE
 - DIRETTORI DI STRUTTURA DELLE SPECIALITA' CON RESPONSABILITA' MAGGIORE DI TIPO CLINICO
- INTERVENTI DAL 09 SETTEMBRE AL 06 NOVEMBRE 2013:
ELEZIONE 977 (669 IN DS. 308 WEEK SURGERY, LONG SURGERY)**
- ORGANIZZAZIONE ASSISTENZIALE PER MICRO NUCLEI**
- INTRODUZIONE SCHEDA UNICA DI TERAPIA
 - REVISIONE PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI, GESTIONE PATOLOGIE DI CONFINE E APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI

Daide Rinaldi

Coordinatore infermieristico

Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino

Dal “Big Bang” alla nascita di un nuovo “Pianeta” Percorso di un progetto di riorganizzazione dei blocchi operatori per intensità di cura



REGIONE PIEMONTE
PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2012-2015

RIORGANIZZAZIONE DELLE AZIENDE OSPEDALIERE PER INTENSITA' DI CURA

ANALISI STRUTTURALE DI ATTIVITA' DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESIDIO C.T.O., MARIA ADELAIDE

QUALI INTERVENTI ?

- ✓ Traumatologia ad alta e media intensità
- ✓ Traumatologia a bassa intensità
- ✓ Ortopedia ad alta intensità (ch. protesica, oncologica, vertebrale...)
- ✓ Ortopedia a medio bassa intensità (ch. artroscopica, mano, piede)

QUALI STRUTTURE ?

- ✓ Presidio C.T.O.:
 - Blocco operatorio Ortopedico (n. 6 sale operatorie)
 - S.O. Dea (n. 4 sale operatorie)
- ✓ Presidio M. Adelaide
 - Blocco Operatorio (n. 4 sale operatorie)

QUALI CARATTERISTICHE ?

- ✓ Presidio M. Adelaide:
 - Chiusura dell'ospedale nel fine settimana.
 - Assenza di una Terapia Intensiva.
 - Personale di sala operatoria presente esclusivamente al mattino.
- ✓ Presidio C.T.O.:
 - Continuità assistenziale garantita nelle 24 h.
 - Presenza di terapia intensiva
 - Presenza di DEA
 - Presenza continua dei servizi afferenti all'area diagnostica
 - Presenza continua del personale coinvolto
 - Personale di sala operatoria presente su due turni

- ✓ Impostare i servizi secondo un modello per intensità di cura.
- ✓ Identificare nei diversi presidi ospedalieri le strutture adatte a fornire prestazioni ad ALTA, MEDIA e BASSA intensità di cura.
- ✓ Mantenimento degli standard qualitativi di riferimento.



ALTA INTENSITA'

Tipologia:

- ✓ Ch. protesica (PTA, PTG, reimpianti...)
- ✓ Ch. Vertebrale
- ✓ Ch. Ortopedia Oncologica
- ✓ Pazienti con classificazione ASA II e III



MEDIA INTENSITA'

Tipologia:

- ✓ Ch. Artroscopica (spalla, ginocchio)
- ✓ Ch. della mano
- ✓ Ch. del piede
- ✓ Pazienti con classificazione ASA II e I



ALTA, MEDIA, BASSA INTENSITA' ?

Formazione di una commissione per la definizione dei criteri per la suddivisione delle aree di diversa intensità.

AMBITI:

- ✓ Complessità chirurgica
- ✓ Complessità assistenziale
- ✓ Complessità clinica



BASSA INTENSITA'

Tipologia:

- ✓ Ch. della mano
- ✓ Ch. del piede
- ✓ Ch. artroscopica
- ✓ Pazienti con classificazione ASA I



PUNTI DI FORZA

- ✓ Centralità della persona assistita
- ✓ Maggiore integrazione clinico assistenziale
- ✓ Obiettivi più chiari, minore dispersione di forze
- ✓ Costruzione più chiara dei percorsi clinico-assistenziali
- ✓ Maggiore pertinenza delle prestazioni
- ✓ Minore dispersione delle competenze
- ✓ Maggiore professionalizzazione dell'assistenza
- ✓ Razionalizzazione nella distribuzione e impiego delle risorse umane e strutturali
- ✓ Razionalizzazione dei costi

CRITICITA'

- ✓ Necessità di revisione delle competenze
- ✓ Grande innovazione dal punto di vista organizzativo e assistenziale
- ✓ Ribaltamento del paradigma organizzativo: da procedure chirurgiche a centralità del cliente

Dal "Big Bang" alla nascita di un nuovo "Pianeta"

Percorso di un Progetto di Riorganizzazione dei blocchi operatori per intensità di cura

Autori: (Innaldi) Davide (Coordinatore Infermieristico SoSp CTO)
email: dinnaldi@ospedale.torino.it
via Zuretti 23, Torino tel. 011.8223462 fax 011.8223417
Fellonzone Elisa (Coordinatore Infermieristico SoSp CTO)
Pardi Lorenza (Coordinatore Infermieristico SU M. Adelaide)





IPASVI

Collegio di Torino

Silvana Rolando
Dirigente Presidio ospedaliero Gradenigo
“Presa in carico e continuità assistenziale”





IPASVI

Collegio di Torino

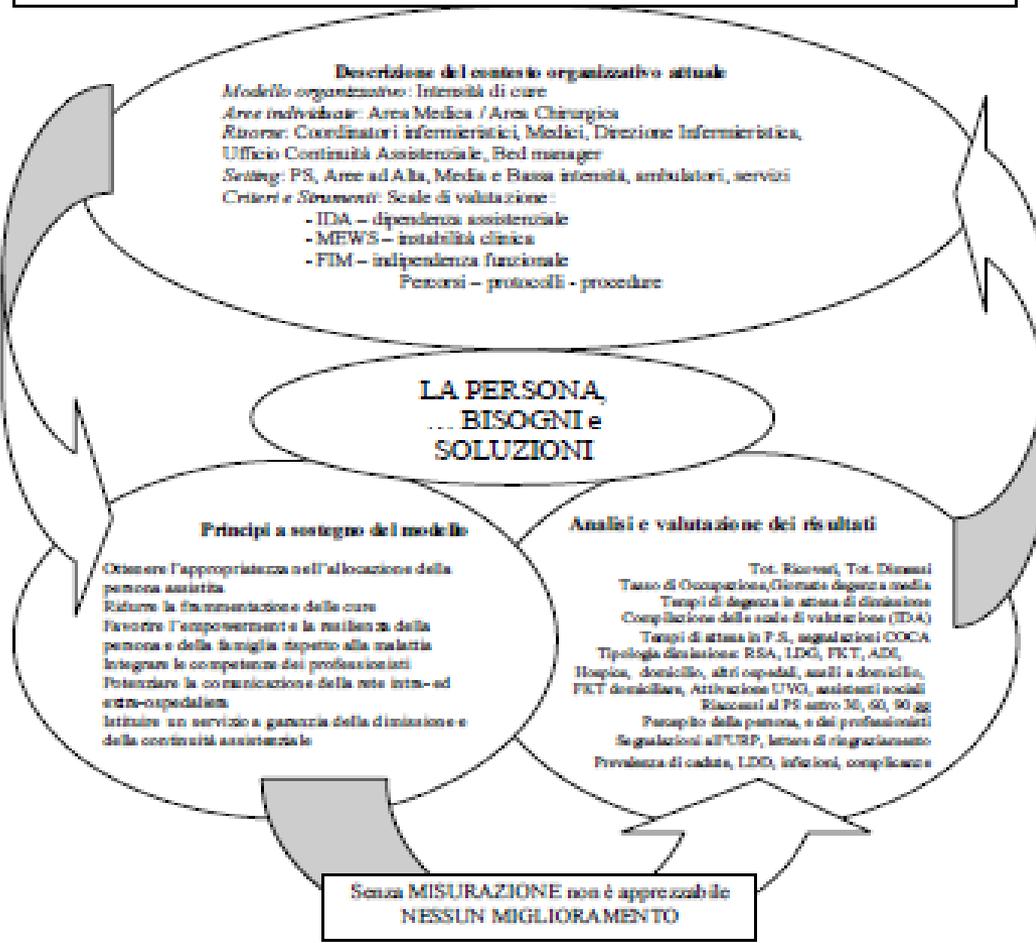


Via Regina Margherita 18 - 10133 Torino
Tel. 011.81.31.201 - fax 011.81.31.373
Direttore: INFANIMIERISTICA
servizio.infanimerista@p-radnigo.it

Presenza in carico, continuità e personalizzazione dell'assistenza per intensità: problemi aperti

Autori: Silvana Rolando¹, Valeria Miazzi², Antonella Antonelli³, Maria Luisa Toso⁴, Valentina Soriani⁵, coordinatori e infermieri delle aree di degenza

¹- Direzione Infermieristica e delle Professioni sanitarie, ²-CPSE Direzione Infermieristica e delle professioni sanitarie, ³-CPSE Direzione Infermieristica e delle professioni sanitarie, ⁴-CPSE Servizio continuità assistenziale, ⁵- Strada Maggiore Case Management infermieristico, ⁶- Area medica e Chirurgica



Paola Simone
Responsabile area medica ASL TO 2
Giovanni Bosco

Riorganizzazione area internistica ASL TO 2



PRESA IN CARICO CONTINUITA' E PERSONALIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA IN UN'ORGANIZZAZIONE PER INTENSITA' - "PROBLEM-APERT"

A Cura di: SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE P.O.S.G.BOSCO: FINIGUERRA L. FUGGETTA L. LATONA S. SIMONE P.
COORDINATORI : DI PRIMA M. RAITERI P. SPAGNOLO E. e 48 INFERMIERI e 31 OSS
DIRETTORE AREA INTERNISTICA: GIUSTI M. e 21 MEDICI e 2 AMMINISTRATIVI



PROGETTO DELIBERATO DALLA DIREZIONE GENERALE A.S.L. TO2 (DELIBERA N° 658/01C/2013)

La riorganizzazione dell'area internistica del Dipartimento Medico in un'unica area differenziata per livelli di intensità di cura rappresenta una innovativa risposta alla necessità di razionalizzare l'attività di ricovero e fornisce l'occasione per l'adozione di un modello organizzativo che garantisca l'erogazione di un'assistenza personalizzata e promuova la centralità della persona assistita.



La forza propulsiva per supportare tale cambiamento è scaturita da una riflessione critica degli operatori relativa al proprio agire professionale, ciò ha comportato una partecipazione consistente ai tavoli di lavoro multidisciplinari e la produzione di risultati condivisi, permettendo di cogliere i benefici di tale cambiamento intrapreso nella realtà.

