

Palazzo della Regione
Sala Auditorium
Via Sabbadini, 31 Udine
13 dicembre 2018 ore 08.30 - 17.30



Seminario

GIORNATA REGIONALE DELLA SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE 2018

Codice evento ASUIUD_18311

***LE CURE PERSE:
RICERCA MULTIFASE AREE MEDICHE
AAS 2 BASSA FRULANA ISONTINA***

Mara Pellizzari - Gloria Moretto

Udine, 13 dicembre 2018

AGENDA



- RAZIONALE DEL DISEGNO DI RICERCA
- LA STRUTTURA DEL DISEGNO DI RICERCA
- METODO E MATERIALI
- IL CAMPIONE
- ANALISI DEI RISULTATI: LE CURE INFERMIERISTICHE PERSE E LE CAUSE
- ANALISI CORRELAZIONALI
- CONCLUSIONI

RAZIONALE

Il recente quadro di crisi economica globale ha minacciato la sostenibilità del SSN

PRINCIPALI POLITICHE PER LA SOSTENIBILITÀ

- Compartecipazione dei cittadini alla spesa
- Razionalizzazione delle risorse
- Blocco del turn-over degli operatori

(de Belvis et al., 2012)

CONSEGUENZE POSSIBILI AMBITO CLINICO

- Cure infermieristiche ritardate/omesse
- Standard assistenziali sub-ottimali
- Peggioramento esiti sui pazienti (es. mortalità – aumento giornate di degenza – insoddisfazione – aumento eventi avversi)

Palese et al., 2015; Shubert et al., 2008; Aiken et al., 2002; Needleman et al., 2002)

Le conseguenze possibili e la sfida attuale

CONSEGUENZE AMBITO ORGANIZZATIVO

- Insoddisfazione operatori
- Burn out
- Aumento tassi di assenteismo e di turnover
- Aumento dell'intention to leave
(Palese et al., 2013; Lancia et al., 2011)

SFIDA ATTUALE

- Garantire adeguati standard qualitativi in un contesto di ridotta disponibilità di risorse

RISPOSTA A LIVELLO LOCALE: DISEGNO DI RICERCA CURE PERSE

DISEGNO DI RICERCA MULTIMETODO E MULTIFASE SULLE CURE PERSE

OBIETTIVO GENERALE

- Documentare le CIP nelle aree mediche e prevedere un set di standard assistenziali qualitativi volti a implementare un piano di miglioramento che impatti sui dei modelli organizzativi

OBIETTIVI INTERMEDI

- analizzare il contesto organizzativo (punti di forza e di possibile miglioramento), le dotazioni organiche e gli esiti assistenziali - attivare un processo di banchmarking - condividere le buone pratiche assistenziali
- rendere consapevoli gli infermieri sulle cure infermieristiche perse e coinvolgerli nella predisposizione degli standard assistenziali qualitativi
- correlare gli standard quantitativi a quelli qualitativi
- evidenziare i livelli assistenziali (di base, intermedio e avanzato) correlati agli standard quantitativi e agli esiti

FASI DELLA RICERCA (1)

FASI	1 SEM 207	2 SEM 2017	1 SEM 2018	2 SEM 2018	2019
STESURA E CONDIVISIONE DEL PROGETTO	■				
FASE 1A ANALISI ORGANIZZATIVA DELLE SC MEDICINA		■			
FASE 1B DOCUMENTAZIONE CURE INF.CHE PERSE E ASSOCIAZIONE TRA CIP E CARATT. SOCIO-ANAGRAFICHE INFERMIERI E CARATTERISTICHE ORG.NE		■			
FASE 2A INDIVIDUAZIONE STANDARD QUALITATIVI EROGABILI			■	■	
FASE 2B DEFINIZIONE DELLE COMPETENZE FINALIZZATE A GARANTIRE STANDAR QUALITATIVI					■
FASE 3A PIANO DI MIGLIORAMENTO PER GARANTIRE STD QUALI-QUANTITATIVI					■
FASE 3B SPERIMENTAZIONE PILOTA					■
FASE 3C/4 IMPLEM.NE PIANO DI MIGLIORAMENTO A REGIME E MISURAZIONE ESITI					■

FASI DELLA RICERCA (2)

FASI	OBIETTIVI	PARTECIPANTI	VARIABILI	STRUMENTI
<p>1A</p> <p>ANALISI ORG.VA SC MED.</p>	<p>•Analizzare le SC dal punto di vista organizzativo e stabilire un To</p>	<p>•Coordinatori e personale infermieristico e di supporto</p>	<p>•Lgistica; primi drg; volumi e indicatori di attività; dotazione organica; modello organizzativo assistenziale e clinico; strumenti di integrazione organizzativa;</p> <p>•esiti assistenziali; std assistenziali</p>	<p>•Swot analysis</p> <p>•Scheda miss care</p>
<p>1B</p> <p>DOC.NE CIP E ASSOC CIP E CARATT INF E ORG</p>	<p>•Documentare le CIP e analizzare l'associazione tra le CIPO e le caratteristiche socio-anagrafiche dei partecipanti e caratt. organiz.ve (studio cross-sectional)</p>	<p>•Infermieri</p>	<p>•Caratteristiche socio-anagrafiche e org.ve (soddisfazione lavorativa e salubrita' dell'ambiente di lavoro) – cure infermieristiche perse</p>	<p>• Job satisfaction scale</p> <p>• N2N healty work environment</p> <p>• Misscare survey</p>

FASI DELLA RICERCA (3)

FASI	OBIETTIVI	PARTECIPANTI	VARIABILI	STRUMENTI
2A IND.NE STD QUALITATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Individuare gli standard qualitativi sub-ottimali e definire gli standard quali-quantitativi minimi 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinatori • Infermieri e personale di supporto 	<ul style="list-style-type: none"> • Cure erogate e focus su possibili standard assistenziali qualitativi 	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi e riflessione critica sui risultati dello studio cross-sectional • Focus group
2B DEF.NE COMPETENZE	<ul style="list-style-type: none"> • Definire le competenze minime per garantire gli std qualitativi 	<ul style="list-style-type: none"> • Infermieri e personale di supporto 	<ul style="list-style-type: none"> • Competenze 	<ul style="list-style-type: none"> • Focus Group • Profili di competenza (revisione dei PC sulla scorta criticita' emerse dai FG)
3A/3B PIANO MIGL.TO – PM SPERIMENTAZ. FASE PILOTA E IMOL.NE PIANO	<ul style="list-style-type: none"> • Definire un PM per garantire gli std ass.li qual.vi 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinatori • Infermieri e personale di supporto 	<ul style="list-style-type: none"> • Sperimentazione pilota nella realta' clin ica 	<ul style="list-style-type: none"> • Strumenti di misurazione
4 MISURAZIONE ESITI	<ul style="list-style-type: none"> • Misurare gli effetti del PM su CIP/esiti A-O 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinatori • Infermieri 	<ul style="list-style-type: none"> • Caratteristiche socio-anagrafiche – organizzative /CIP 	<ul style="list-style-type: none"> • Job Satisfaction Scale • N2N Healty Work Environment • MISSCARE Survey

Metodo e materiali

Obiettivo: stimare il *missed care* nelle Medicine AAS2 BFI, le possibili cause e analizzare eventuali correlazioni con variabili culturali e organizzative

Campionamento di convenienza: tutto il personale di assistenza nelle 4 Medicine che ha espresso il consenso

Strumenti:

- Missed Care Survey
cure infermieristiche perse: 24 item; Likert scale 1 = mai → 5 = sempre
cause: 17 item; Likert scale 1 = mai → 5 = sempre
- N2N HEALTHY WORK ENVIRONMENT (Palese et Al, 2014)
- Job Satisfaction Scale

Excel, SPSS 20 (livello di sig. $p=0,05$)

Il campione (1)

	n	%
1, Gorizia	44	25,0%
2, Latisana	34	19,3%
3, Monfalcone	60	34,1%
4, Palmanova	38	21,6%
Totale	176	100,0%

Dot. Organica
Complessiva

246

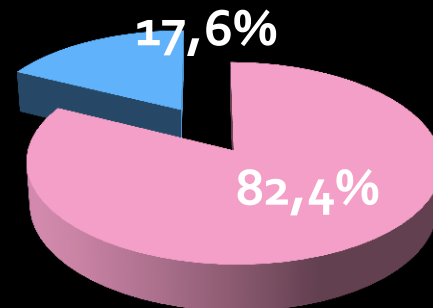
Rappres.
Campione

71,5%

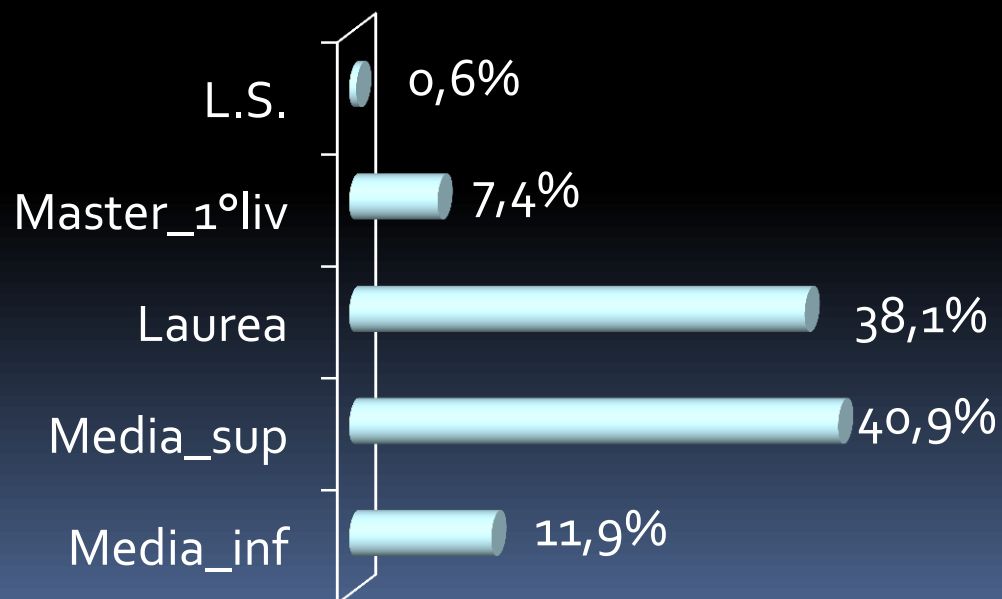
Titolo di studio

femmine

maschi



Genere



Il campione (2)

Anzianità di servizio

	anni_lavoro	anni_lavoro_U.O
Media	13,746	7,7118
Dev. std.	9,8550	7,76614
Mediana	12,000	6,0000

Corr. Pearson positiva, $p = 0,01$

Contratto di lavoro

Missing data

Modalità lavoro

Turnisti	78,4%
Diurnisti	20,5%

Skill Mix

Medicina	Inf	Inf. G.	OSS
GO	47,7%	6,8%	45,5%
LA	61,8%	2,9%	35,3%
MN	58,3%	0,0%	41,7%
PA	71,1%	0,0%	28,9%
Totale	59,1%	2,3%	38,6%

$\chi^2 p = 0,128$

FASE 1 A - 1° strumento:

N2N - salubrità dell'ambiente di lavoro

- Questionario **N2N HEALTHY WORK ENVIRONMENT** (Palese et Al, 2014).
- Esplora variabili relative alla cultura organizzativa (percezione di abilità comunicative, cliniche, livello di competenza, attitudine alla collaborazione,...).
- Lo strumento prevede 12 items suddiviso in due sottoscale da 6 items (Self e Co-worker) a cui è possibile attribuire un livello di accordo misurato con scala Likert a 4 punti (1 = completamente in disaccordo → 4 completamente d'accordo).

Analisi risultati N2N

		Self	Co-workers	p tra variabili
Abilità comunicative e cliniche	Media	2,8925	2,8750	0,8734
	p tra medicina	0,290	0,335	
Perseguire la collaborazione	Media	3,34	2,89	0,0333
	p tra medicina	0,029	0,035	
Capacità organizzativa	Media	2,85	3,057	0,1381
	p tra medicina	0,343	0,061	
Competenza clinico-assistenziale nel singolo vs problema della dotazione organica considerata insufficiente	Media	3,017	2,32	0,0053
	p tra medicina	0,997	0,041	
Riconoscimento del lavoro nell'organizzazione	Media	3,05	2,615	0,0003
	p tra medicina	0,964	0,629	
Contributo alla salubrità culturale del singolo e vs percezione del ruolo del coordinatore	Media	3,115	2,945	0,3839
	p tra medicina	0,453	0,001	

FASE 1A- 2° strumento: Job Satisfaction Scale

Il questionario JBS prevede la dichiarazione del livello di soddisfazione da 1 (completo disaccordo) a 7 (massimo accordo)

Analisi complessiva sul totale del campione

Per ciascuna variabile i punteggi sono stati raggruppati sommando i valori percentuali da 1 a 3 (insoddisfatti) e da 5 a 7 (soddisfatti).

<i>Soddisfazione Estrinseca</i>	Media	% Insodd. (1-3)	% Sodd. (5-7)
Sodd_1: Ambiente di lavoro	4,57	23,4	63,8
Sodd_3: Colleghi (tutti)	4,99	9,4	73,1
Sodd_5: Diretto superiore	5,05	14,1	73,5
Sodd_7: Stipendio	3,36	51,8	40,0
Sodd_9: Rapporti con l'amministrazione	3,85	34,9	33,1
Sodd_11: Direzione Aziendale (modo)	3,60	42,7	28,3
Sodd_13: Orario di lavoro	4,77	21,5	71,4
Sodd_15: Sicurezza dell'impiego	4,91	15,1	72,1

<i>Soddisfazione Intrinseca</i>	Media	% Insodd. (1-3)	% Sodd. (5-7)
Sodd_2: Autonomia nel lavoro	4,88	13,5	71,3
Sodd_4: riconoscimento per lavoro ben fatto	4,00	37,2	45,3
Sodd_6: Responsabilità assegnate	4,74	15,9	65,3
Sodd_8: Opportunità professionale	4,64	20,7	65,1
Sodd_10: Opportunità di promoz. e carriera	3,39	44,6	16,0
Sodd_12: Attenzione a sé	4,11	28,6	47,6
Sodd_14: Varietà delle attività svolte	4,75	14,6	67,3
Sodd_16: Ripartizione dei carichi di lavoro	3,81	43,3	40,4
Sodd_17: Giudizio complessivo	4,54	21,3	65,1

Sul campione totale

Media	4,54
Mediana	5,00

Correlazioni JBS vs N2N

	Corr. Pearson	P
N2N_1: Abilità comunicativa del singolo	+0,222	0,027
N2N_4: Competenza clinico-assistenziale	+0,320	0,001
N2N_5: Riconoscimento sul lavoro del singolo	+0,382	0,000
N2N_7: Abilità comunicativa del gruppo	+0,363	0,000
N2N_8: Spirito di Collaborazione nel gruppo	+0,352	0,000
N2N_9: Capacità organizzativa del gruppo	+0,203	0,045
N2N_11: Riconoscimento sul lavoro del gruppo	+0,346	0,000
N2N_12: Coordinatori promotori di ambiente salubre	+0,443	0,000

→ Variabili di cultura organizzativa che si associano ad un aumento della soddisfazione al lavoro

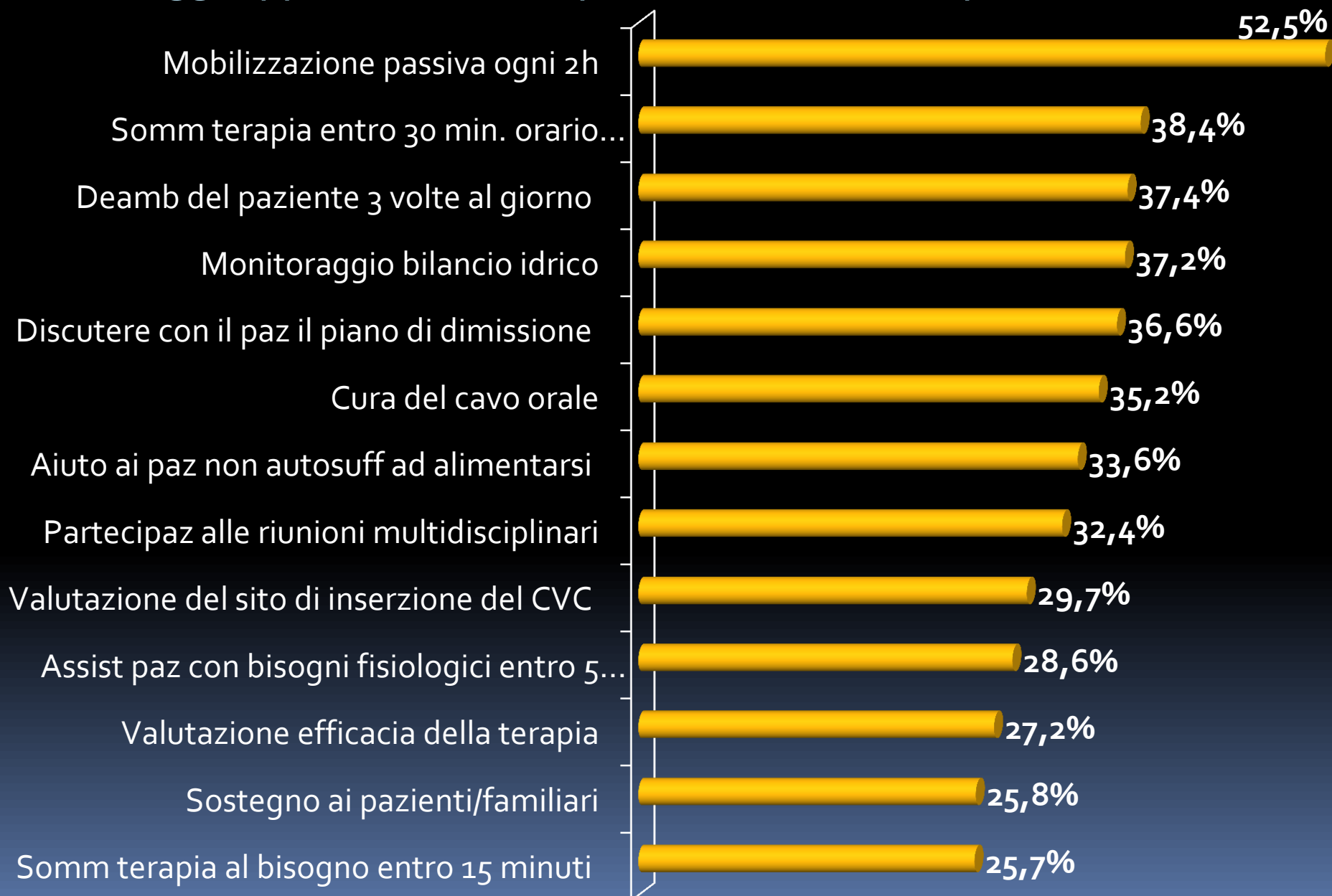
FASE 1A 3° strumento: *Missed Care survey* Le cure infermieristiche perse

1. Deambulazione del paziente 3 volte al giorno o come da pianificazione
2. Mobilizzazione passiva ogni 2 ore
3. Aiuto ai pazienti non autosufficienti ad alimentarsi con il cibo caldo
4. Preparazione del pasto a dell'ambiente (tavolino, vassoio) per i pazienti autosufficienti
5. Somministrazione della terapia 30 minuti prima o dopo l'orario prescritto
6. Rilevazione dei parametri vitali come da pianificazione
7. Monitoraggio del bilancio idrico (entrate/uscite)
8. Compilazione della documentazione infermieristica
9. Educazione al paziente e ai loro familiari
10. Sostegno al paziente e familiari
11. Igiene personale del paziente e controllo della cute (presenza o meno di LLD)
12. Cura del cavo orale

- 13) Lavare le mani
- 14) Discutere con il paziente il piano di dimissione e insegnamento delle cure da seguire a domicilio
- 15) Monitoraggio della glicemia come da prescrizione
- 16) Valutazione dell'evoluzione dei pazienti almeno una volta per turno
- 17) Rivalutazione del paziente per verificare miglioramenti o peggioramenti nel turno
- 18) Valutazione del sito di inserzione del CVC secondo protocollo
- 19) Risposta al campanello entro 5 minuti dalla chiamata
- 20) Somministrazione della terapia al bisogno entro 15 minuti dalla richiesta
- 21) Valutazione dell'efficacia della terapia
- 22) Partecipazione alle riunioni multidisciplinari
- 23) Assistenza al paziente con bisogni fisiologici entro 5 minuti dalla chiamata
- 24) Cura delle ferite e controllo delle lesioni da decubito

Cure infermieristiche perse AAS2 Mattina

raggruppamento "frequentemente - sempre" $\geq 25\%$



Cure infermieristiche perse AAS2

Pomeriggio raggrupp. "frequentemente - sempre" $\geq 25\%$



STUDI A CONFRONTO

Cure perse più omesse	Studio Palese	Studio Pegoraro
Deambulazione del paziente 3 volte al giorno o come da pianificazione	91.4%	90%
Mobilizzazione passiva ogni 2 ore	74.2%	70%
Somministrazione della terapia entro 30 min prima o dopo l'orario prescritto	64.6%	27%
Cura del cavo orale	59.6%	43%
Cure meno omesse	Studio Palese	Studio Pegoraro
Igiene personale del paziente e controllo della cute	25.5%	3%
Lavare le mani	29.3%	10%
Monitoraggio della glicemia come da prescrizione	30.3%	2%
Compilazione documentazione infermieristica	51.9%	2%
Somministrazione terapia al bisogno entro 15 min dalla richiesta	44.3%	3%
Rilevazione parametri vitali	35.4%	3%
Cure delle ferite e controllo delle lesioni da decubito	31.8%	3%

Cure infermieristiche perse AAS2

Come standardizzare....

Score complessivo per comparare le strutture → %uale di situazioni in cui gli infermieri hanno giudicato le cure frequentemente o sempre perse.



In evidenza:

- Raggruppamento punteggi 4 e 5 (cure perse frequentemente-sempre) che hanno raggiunto percentuale $\geq 33\%$) suddivisi per i 3 turni
- Punteggi medi $\geq 2,5$
- Mediana ≥ 3 (il 50% del campione ha espresso punteggio ≥ 3)
= n caselle evidenziate su un totale di 120 punteggi

L'analisi delle cure perse per ruolo è stata valutata all'interno di ogni singola struttura

CONFRONTO AREA AUTONOMA VS AREA COLLABORATIVA

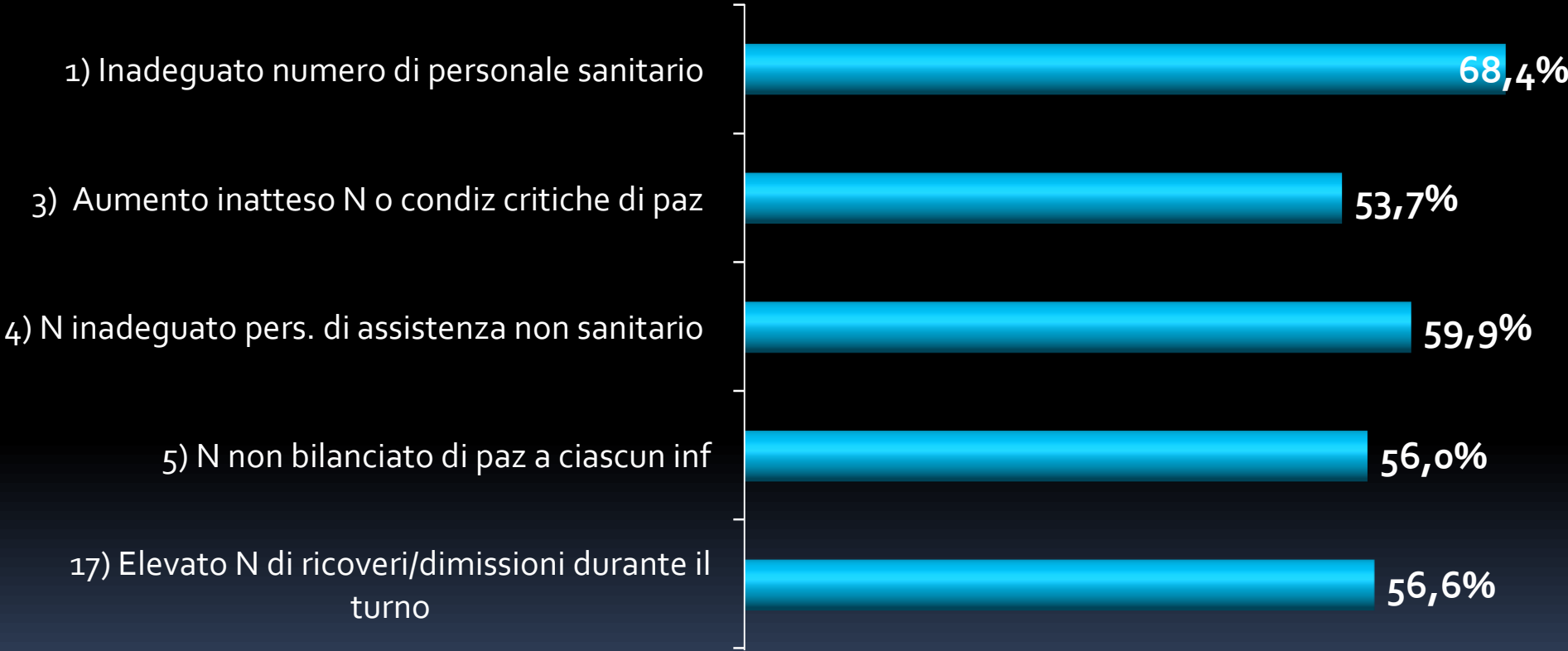
	Mat %	Pom %	Notte %	Media	Medi ana
1 Deambulaz. 3 /dì o secondo pianificaz.	46,6	50,9	58,1	2,9	3,2
2 Mobilizzazione passiva ogni 2 ore	42,9	46,3	39,1	2,8	2,8
3 Aiuto nell'alimentazione	28,2	28,1	37,8	2,3	2,2
4 Preparaz. del pasto	25,0	30,3	38,8	2,2	2,1
5 Somm. Terapia +- 30 min dall'orario	29,6	25,8	21,2	2,2	2,4
6 Rilevaz. PV come prescritto	19,4	16,9	16,1	1,8	1,5
7 Monitoraggio bilancio idrico	28,2	28,0	24,4	2,2	2,1
8 Compilaz documentaz. Inf.ca	21,0	18,7	19,7	1,8	1,4
9 Educazione al paziente e ai loro familiari	18,8	23,1	32,3	2,2	2,2
10 Sostegno al paziente e familiari	20,8	23,7	18,9	2,1	2,0
11 Igiene e controllo della cute del pz	21,0	24,5	19,9	1,9	1,4
12 Cura del cavo orale	29,4	42,0	47,5	2,6	2,6

Cure perse	Mat %	Pom %	Notte %	Media	Mediana
13 Lavare le mani	18,2	19,3	13,8	1,7	0,8
14 Discutere con il pz il piano di dimissione	27,3	33,2	44,4	2,5	2,4
15 Monitoraggio della glicemia	20,8	19,9	16,7	1,7	1,0
16 Valutaz. dei pz almeno 1 volta per turno	18,1	16,8	18,8	1,8	1,4
17 Rivalutazione clinica durante il turno	15,4	15,0	15,9	1,8	1,6
18 Valutaz. sito CVC secondo protocollo	22,8	21,5	29,8	2,2	2,2
19 Risposta al campanello entro 5 minuti	23,2	21,6	18,7	2,0	1,8
20 Somm terapia al bis. entro 15 min	20,1	16,8	20,2	1,9	1,6
21 Valutaz efficacia terapia	22,2	17,3	21,1	2,0	1,8
22 Partecipaz alle riunioni	27,6	32,8	48,8	2,5	2,4
23 Assist ai bisogni fisiologici entro 5 min	23,5	28,0	15,5	2,1	1,8
24 Cura delle ferite e controllo LDD	18,7	28,9	30,1	2,2	2,2
Area autonoma	25,3	28,7	31,1	2,2	2,1
Area collaborativa	22,6	20,2	19,8	2,0	1,7
T test p	0.43	0.04	0.04	0.05	0.13

Cause di cure infermieristiche perse: elenco complessivo, score da 1 (mai) a 5 (sempre)

1. Inadeguato numero di personale sanitario
2. Pazienti urgenti (es. un paziente peggiorato)
3. Aumento inatteso del numero o condizioni critiche di pazienti
4. Numero inadeguato di personale di assistenza non sanitario (ad esempio mancanza di segreterie di reparto)
5. Assegnazione di un numero non bilanciato di pazienti a ciascun infermiere
6. Farmaci non disponibili quando necessario (es. la farmacia non è arrivata)
7. Inadeguate consegne infermieristiche del turno precedente
8. Altri reparti o operatori non hanno eseguito i propri compiti (es. fisioterapista non ha fatto deambulare il paziente)
9. Forniture/apparecchiature non disponibili quando necessario (es. elettrocardiografo)
10. Forniture/apparecchiature non funzionanti correttamente
11. Igiene personale del paziente e controllo della cute (presenza o meno di LLD)
12. Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra personale infermieristico e operatori di supporto
13. Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra personale infermieristico
14. Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra personale infermieristico e medico
15. Mancata segnalazione da parte dell'operatore di supporto delle cure non fornite (es. paziente non mobilizzato)
16. Caregiver non rintracciabile/disponibile
17. Elevato numero di ricoveri/dimissioni durante il turno

Cause di cure infermieristiche perse sui 3 turni: raggruppamenti risposte 4-5 (frequentemente - sempre) con consenso $\geq 50\%$



Durante il turno notturno perdono consenso al di sotto del 50% le cause n 3 e n 17

FASE 2B - ANALISI CORRELAZIONALE

	Titolo di Studio χ^2 p	<i>U.O. Medicina</i> χ^2 p	Anzianità Specifica C. Pearson	N ₂ N C. Pearson	JBS C. Pearson
n 1: Inadeguato numero di personale sanitario	0,571	0,000	positiva; p 0,009	negativa; p 0,001	negativa; p 0,000
n 3: Aumento inatteso del umero o condizioni critiche di pazienti	0,039	0,000	positiva; p 0,05	negativa; p 0,003	negativa; p 0,000
n 4: Numero inadeguato di personale non sanitario	0,007	0,000	positiva; p 0,187	negativa; p 0,041	negativa; p 0,000
n 5: numero non bilanciato di pazienti a ciascun infermiere	0,000	0,000	positiva; p 0,536	negativa; p 0,000	negativa; p 0,000
n 17: Elevato numero di ricoveri/dimissioni durante il turno	0,076	0,001	positiva; p 0,010	negativa; p 0,001	negativa; p 0,000

CONCLUSIONI 1

- Il campione esaminato presenta un'anzianità di servizio specifica nell'U.O. di appartenenza media di 7,7 anni ma con dev.st, di 7,7, quindi con un'ampia variabilità di esperienza. Questo è coerente con il tipico intenso turn over del personale delle Medicine.
- Modello organizzativo: in 3 mediche su 4 si adotta un modello per piccole équipes/a settori, in una il lavoro è organizzato per settori/compiti
- Il case mix tra le diverse medicine è sovrapponibile.
- Dall'analisi delle risposte al questionario N2N si evidenziano interessanti aspetti di discrepanza tra la percezione che il singolo operatore ha delle proprie capacità/competenze e quelle del gruppo in cui lavora, dimostrando aspetti che probabilmente ostacolano la diffusione delle conoscenze all'interno dell'organizzazione.
- La dotazione organica è considerata da tutte le U.O. come insufficiente per la gestione dei problemi assistenziali.
- La soddisfazione al lavoro è complessivamente buona. L'U.O. che presenta costantemente valori più bassi nei punteggi di soddisfazione estrinseca, intrinseca e complessiva è quella in cui si lavora per settori/compiti

CONCLUSIONI 2

- Lo studio evidenzia aspetti di cultura organizzativa correlati significativamente alla soddisfazione al lavoro che dovrebbero essere mantenuti e valorizzati viste le evidenze di letteratura che correlano soddisfazione al lavoro ed esiti clinici.
- Si evidenzia correlazione negativa tra punteggi di soddisfazione al lavoro e salubrità ambientale vs punteggi assegnati alle singole cause evidenziate → più le persone sono insoddisfatte più indicano come frequenti le cause suesposte.
- Le cure infermieristiche perse con maggior frequenza sono la mobilitazione passiva dei pazienti, la deambulazione, la cura del cavo orale, l'aiuto ai pz non autosufficienti ad alimentarsi.
- Nell'analisi si evidenzia che la parte collaborativa dell'assistenza è quella su cui l'infermiere concentra i tentativi di garanzia.
- Inadeguato numero di personale sanitario, aumento inatteso del numero o condizioni critiche di pazienti, numero inadeguato di personale di assistenza non sanitario, assegnazione di un numero non bilanciato di pazienti a ciascun infermiere ed elevato numero di ricoveri/dimissioni durante il turno sono le cause di cure perse sulle quali gli operatori hanno espresso un giudizio di "cure perse frequentemente/semprè" in più del 50% dei casi.

QUINDI...

FASE 2 A
INDIVIDUAZIONE DEGLI STANDARD
ASSISTENZIALI QUALITATIVI

METODOLOGIA: FOCUS GROUP

2[^] sem 2018

1) PIANIFICAZIONE TEMPORALE (ottobre 2018).

La scelta temporale è stata dettata dalla disponibilità del personale coinvolto previo coinvolgimento dei coordinatori

2) DEFINIZIONE INCONTRI:

1^ fase:

4 incontri (1 per area medica) di introduzione alle prevalenti aree di cure perse emerse dallo studio precedente.

2^ fase:

4 incontri successivi calati nel proprio vissuto quotidiano rispetto al bisogno specifico. Setting: in reparto, al fine creare minor disagio al personale e condividere limitazioni/vantaggi strutturali

3) COMPOSIZIONE FOCUS GROUP:

n. 5 *professional* dell'area medica con le seguenti caratteristiche:

- 3 infermieri senior
- 2 infermieri junior
- 1 Oss
- 1 guida tecnica (coordinatore della sede opposta)
- 1 verbalizzante con compiti di sintesi
- 1 guida metodologica (psicologa esperta)

Gli incontri sono stati accreditati ECM

SONO STATE PRESE IN CONSIDERAZIONE LE SEGUENTI AREE :

-MOBILIZZAZIONE, ELIMINAZIONE, NUTRIZIONE/IDRATAZIONE, CURA DI SÈ

ELABORAZIONE STANDARD

STRUMENTO:

Al fine di elaborare e garantire uniformità nell'analisi si è utilizzato un format-guida per l'erogazione della soddisfazione del bisogno.

L'analisi prevedeva n. 2 momenti per ogni area di cure perse:

- Identificazione e descrizione del bisogno in una situazione "IDEALE" (tratto da evidenze ma condiviso ed eventualmente modificato dai professionisti)
- Contestualizzazione della reale soddisfazione del bisogno nel "PRESENTE"

QUANTIFICAZIONE STANDARD BASE: criteri

- LIVELLO ASSISTENZIALE ALTO: Al 80-100 % dei pazienti identificati viene garantito quotidianamente...
- LIVELLO ASSISTENZIALE MEDIO: Al 50-80 % dei pazienti identificati viene garantito quotidianamente...
- LIVELLO ASSISTENZIALE BASSO: ≤ al 50 % dei pazienti identificati viene garantito quotidianamente...

COMMENTI IN ITINERE

- L'analisi riflessiva delle azioni nelle singole aree di bisogno ha modificato sin da subito i comportamenti (es. Stimolo a bere) → lavoro sulla consapevolezza dei professionisti
- Si è evidenziata una grande dedizione alla professione e al senso di *advocacy* nei confronti degli assistiti
- Ricavare uno spazio temporale ben definito e guidato con la possibilità di esporre e riflettere sulla qualità dell'assistenza erogata è stato molto apprezzato dai professionisti.
- L'organizzazione del lavoro e del "sistema", spesso non rendono possibile un'erogazione di assistenza qualitativamente accettabile → frustrazione e quindi insoddisfazione
- L'assenza di ausili in n. Adeguato e con adeguata manutenzione impatta sulla soddisfazione del bisogno da erogare.
- In progress: costruzione indicatori e impostazione delle studio post-

TAKE HOME MESSAGE...

Coinvolgere i professionisti nella ricerca dell'essenza del caring e responsabilizzarli nella pratica quotidiana attraverso un processo di consapevolezza sul proprio agito professionale potrebbe essere la strada maestra per riposizionare il paziente al centro delle nostre cure...

GTP Mara Pellizzari - Gloria Moretto - Francesco Cecchini - Claudia Ganzini - Graceffa Giuseppina - Susanna Compassi - Rosella Carlin - Tiziana Spessot - Ampolo Carla - Debora Molli - Andrea Colussi