

## **-Progetto dell'A.S.S. n.1 Triestina-**

### **L'inserimento dell'OSS con formazione complementare nelle équipes assistenziali**

(si rimanda al rationale e alla bibliografia delle Linee Guida regionali dell'ARS)

Con riferimento alle Linee Guida dell'Agenzia Regionale della Sanità del 4 aprile 2009, relative al progetto d'inserimento dell'OSS con formazione complementare nelle équipes assistenziali, e in relazione ai requisiti richiesti dal citato documento (punto 3.3), questa Azienda realizza la sperimentazione di cui trattasi nel Servizio infermieristico domiciliare (SID) dei Distretti 3 e 4.

### **SID e requisiti di adesione alla sperimentazione (punto 3.3 LG)**

Il SID triestino opera nell'arco delle 24 ore tutti i giorni dell'anno: 12 ore di guardia attiva diurna e 12 ore di pronta disponibilità notturna attraverso il raccordo con il Sistema 118.

Dal 29 agosto 2003 è certificato secondo le Norme ISO 9001:2000 dalla TUV CERT Rheinland Berlin Brandenburg ([www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it)).

Il modello assistenziale, consolidato nei servizi, è quello dell'infermiere di comunità che si avvale della presa in carico e del case management.

Si evidenzia che il SID è erogato anche nella case di riposo per autosufficienti in quanto esse rappresentano il domicilio delle persone istituzionalizzate.

Poiché gli infermieri del SID triestino erogano l'assistenza anche in tre strutture protette, il distretto 3 effettuerà la sperimentazione, oltre che a domicilio, anche nella struttura protetta Casa di riposo di Muggia includendo **alcuni** dei 72 anziani ospiti.

### **Paradigma culturale e modello triestino (sintesi)**

La sanità, con tutto il suo armamentario, incide sulla salute solo il 15% (G. Domeneghetti, WHO 2006), promuoverla significa dover agire anche su altri fattori/determinanti, su questa evidenza poggia l'esperienza ultradecennale dell'infermiere di comunità triestino. Il modello è induttivo, parte dalla messa in discussione delle pratiche e dell'organizzazione dei servizi per innovare le risposte ai diritti/bisogni dei cittadini.

Tale esperienza, si intreccia con storie di persone fragili e di povertà che abitano condomini, casupole e -più raramente- ville, capita che la povertà non sia economica, ma affettiva o sia avvertita come il bilancio negativo di una vita che la malattia fa affiorare.

L'incontro con queste storie ci ha guarito da quella che R. Bengoa<sup>1</sup> definisce la *sindrome radar*, *il malato appare, viene curato e dimesso...poi scompare dal sistema radar*, per l'appunto, il nostro cerchiamo di non farlo scomparire assicurandogli il follow up.

---

<sup>1</sup> R. Bengoa, World Health Organization (2006).

I punti di reperi del paradigma culturale sono:

- la Costituzione italiana che meglio degli epidemiologi esplicita i determinanti di salute in particolare quelli che N. Bobbio definisce diritti di 3<sup>a</sup> generazione (quelli sociali);
- l'esperienza di F. Basaglia che s'incentra sull'inverare i diritti del malato de-istituzionalizzandolo e prendendolo in carico;
- il documento Health 21 dell'WHO – regione europea- del 1999 che attribuisce all'infermiere il *prime goal* di mantenere a domicilio le persone fragili con malattie croniche.

Il decalogo delle funzioni relative al modello è il seguente:

1. critica e assistenza d'iniziativa, pro-attiva per cercare/trovare bisogni e strategie innovative di risposta;
2. valutazione olistica mono e/o multiprofessionale;
3. presa in carico olistica da parte del case manager e attivazione delle reti formali e informali;
4. EBN EBP;
5. continuità assistenziale (LEA);
6. promozione delle funzioni, dell'auto/etero aiuto (essere abilitanti e contrastare l'istituzionalizzazione);
7. follow up per prevenire le riacutizzazioni;
8. tenuta della documentazione e raccolta dei dati di processo e degli esiti;
9. valutazione degli esiti di salute;
10. ricerca e pubblicazione dei risultati-divulgazione.

### **SID, presa in carico e modalità operative**

*“A chi è rivolto il servizio: hanno diritto al servizio tutti i cittadini, senza limiti di età, che non siano in grado di raggiungere i servizi sanitari causa deficit cognitivi, sensoriali o motori, o barriere architettoniche.*

*Come si attiva il servizio: la domanda di assistenza domiciliare può essere effettuata dagli interessati, dal medico di famiglia e da chiunque rilevi tale necessità senza vincoli di parentela o da altri servizi sanitari e sociali. La domanda può pervenire telefonicamente, via fax ed e-mail. Il raccordo con il medico di famiglia è in ogni caso assicurato”.*

*La presa in carico: prevede l'elaborazione del progetto assistenziale individuale (PAI) articolato in una serie di interventi formulati a seguito dei colloqui con la persona, il medico di famiglia, i familiari, quando ci sono, dal personale di altri servizi specialistici o sociali, conoscenti, vicini di casa, volontari e giovani del servizio civile”<sup>2</sup>.*

Pertanto, l'infermiere di comunità *case manager* (CM) per la realizzazione del PAI:

- si avvale di strumenti di valutazione e protocolli validati da organismi competenti;
- effettua la valutazione dei bisogni della persona in relazione anche al suo contesto;
- formula il PAI con la partecipazione dell'assistito e dei caregivers (ove presenti) condividendolo con altri professionisti se coinvolti nel progetto di salute;
- valuta, con il supporto della citata *griglia di orientamento decisionale*, se affidare all'OSS C alcune attività del processo terapeutico-assistenziale;
- valuta e documenta la compliance alla terapia e al PAI nella cartella infermieristica.

---

<sup>2</sup> Documento dell'ARS 2008 sul Servizio Infermieristico Domiciliare del F.V.G.

## Efficacia (esiti) del modello sulla riduzione dei ricoveri medici

In letteratura, il case management è una metodologia di organizzazione dei servizi basata sulla centralità del cittadino che è preso in carico (Chiari, Santullo, 2001<sup>3</sup>), essa migliora la qualità dell'assistenza poiché riduce il fenomeno dei ricoveri nella popolazione affetta da patologie croniche e aumenta la soddisfazione di cittadini, infermieri e medici.

Uno studio condotto in undici paesi europei, per valutare il rischio di istituzionalizzazione in un gruppo di anziani fragili in carico all'assistenza domiciliare, ha messo a confronto il modello del *case management* con quello tradizionale prestazionale, lo studio ha evidenziato come il modello del *case management* riduca il rischio di istituzionalizzazione (Onder, et al, 2007<sup>4</sup>).

L'efficacia (esito) del modello sulla riduzione dei ricoveri medici tra gli assistiti della domiciliare è stata documentata dalla Direzione del Servizio Infermieristico Aziendale con tre ricerche condotte nel 2007<sup>5</sup> e nel 2008.

La prima, effettuata su un campione di persone affette da BPCO, ha rilevato una riduzione dei ricoveri medici del 34,2%, (RR = 0,62 , 95% I.C. 0,47 – 0,79).

La seconda ricerca<sup>6</sup>, prescindendo dall'età e dalla patologia, ha analizzato lo stesso esito su un campione di 150 assistiti, la riduzione dei ricoveri medici rilevata in questo caso è del 56,95% (R.R. = 0,58 , 95% I.C. 0,44 – 0,76).

La terza ricerca realizzata su un campione di 102 assistiti a rischio di scompenso cardiaco ha rilevato una riduzione del 69,94% dei ricoveri medici<sup>7</sup>.

Pertanto l'assistenza domiciliare, abbinata alla continuità assistenziale infermieristica, è *fattore protettivo*, riduce notevolmente il fenomeno dei ricoveri ripetuti così come aveva già evidenziato Naylor con un RCT nel 1999<sup>8</sup>.

---

<sup>3</sup> Chiari P., Santullo A., *L'infermiere case manager*, McGraw-Hill, Milano, 2001.

<sup>4</sup> Onder G., Liperoti R., Soldati M., Carpenter I., Steel k., Bernabei R., Landi F., *Case management and risk of nursing home admission for older adults in home care: results of the Aged in Home care Study*. Journal of the American Geriatrics Society, 2007. Mar;55(3):439-44.

<sup>5</sup> Mislej M. e Paoletti F., *L'infermiere di famiglia e di comunità*, Maggioli, Rimini 2008, pag. 231.

<sup>6</sup> Mislej M., Paoletti F., *Gli assistiti presi in carico dal Servizio infermieristico domiciliare (SID) indipendentemente dalla patologia di attivazione, hanno una riduzione dei ricoveri medici e delle giornate di degenza. Studio di efficacia*. Giornale italiano di Scienze infermieristiche 2008; IV – 8: 18.

<sup>7</sup> Tesi di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche di Liviana Penzo su *Organizzazione dell'assistenza nello scompenso cardiaco: presa in carico ed impatto sulle riospedalizzazioni*, Università degli Studi di Trieste, A.A. 2007 – 08, relatore G. Sinagra.

<sup>8</sup> Naylor MD., Broton D., Campbell R., Jacobsen BS. *Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial*. Jama 1999 Feb 17;281 (7):613:20.

## **Attori e progetto aziendale in dettaglio**

(in relazione ai punti 3.2 - 3.3 - 3.4 delle L.G. dell'ARS)).

### **Premessa**

Considerata la rilevanza del progetto e gli indicatori predisposti dall'ARS (punto 3.6 delle LG), si ritiene utile che alla negoziazione con le OO.SS. sulle RAR, oltre al direttore amministrativo, partecipino il direttore sanitario ed i dirigenti infermieristici Maila Mislej, Ofelia Altomare e Flavio Paoletti.

### **Attori**

Con riferimento alle Linee guida dell'Agenzia Regionale della Sanità del 4 aprile 2009, pag. 3 – modalità di partecipazione- (RAR del 30.09.08 comparto/vincolate e RAR del 9.10.08 dirigenza professioni sanitarie/vincolate), i partecipanti al progetto aziendale sono di seguito specificati.

#### *Dirigenti infermieristici*

- Maila Mislej Dirigente infermieristico e responsabile del SIA
- Ofelia Altomare Dirigente infermieristico del Distretto 3
- Flavio Paoletti Dirigente infermieristico del Distretto 4.

#### *Responsabili infermieristici*

- Liviana Penzo Servizio Infermieristico Aziendale
- Gabriella D'Ambrosi Distretto 3
- Barbara Ianderca Distretto 4.

#### *Sperimentano sul campo al Distretto 3 -servizio articolato su due sedi-*

Responsabili infermieristici: Brainik Barbara e Marrazzo Luigi

Infermieri: Brainik Deborah, Cociancich Lucia, Codogno Alessandro, Debernardi Doriana, Lorenzetto Fiorenzo, Pangher Stefano, Slaku Entela, Zanuttig Marino

OSS- C : Bonin Flavia, Bradassi Susanna, Corelli Gabriella, Fiorino Ornella, Zanier Cristiano.

#### *Sperimentano sul campo al Distretto 4 -servizio articolato su una sede-*

Responsabile infermieristico: Marco D'Aliesio

Infermieri: Naperotti Rosi, Cimador Fabio, Monticolo Margherita, Colombetta Antonella, Dell'Olivo Maurizio, Lenardi Daniela

OSS C: Perco Paola, Amarante Paola, Mari Dorina, Plehan Giuliana, Masutti Erika

Gli infermieri che partecipano alla sperimentazione hanno maturato un'esperienza continuativa presso il SID di un anno, lavorano a tempo pieno, sono in grado di garantire continuità nel turno mattutino, in quello pomeridiano e durante le festività ed hanno sviluppato esperienza nell'area della formazione degli OSS.

### **Finalità**

Promuovere la gestione integrata delle risorse umane e valorizzare:

- le competenze dell'infermiere relative alla pianificazione e alla gestione del PAI e quelle di supporto all'assistenza di base dell'OSS C;
- il personale di supporto.

## Popolazione di riferimento

Sono reclutati gli assistiti presi in carico dal SID e caratterizzati da bisogni riconducibili ai *livelli basso e medio* secondo la *griglia di supporto decisionale* delle Linee guida regionali<sup>9</sup>.

## Obiettivi

Agli assistiti in carico e reclutati nella sperimentazione, con bisogni riferibili ai *livelli basso e medio*, assicurare:

- il PAI integrato con l'assistenza di base dell'OSS C;
- la corretta somministrazione della terapia farmacologica da parte dell'OSS C;
- la corretta effettuazione del clisma da parte dell'OSS C;
- la buona tenuta della documentazione clinica nella cartella infermieristica del SID (con particolare riguardo alla *gestione* della terapia e all'effettuazione del clisma).

## Indicatori di verifica

- aderenza alla *griglia di supporto decisionale* -allegato 2 delle Linee guida regionali dell'ARS- nel reclutamento degli assistiti *livelli basso e medio*;
- aderenza alla prescrizione farmacologica nel 95% dei casi<sup>10</sup> (compliance - valutazione esiti);
- aderenza alle istruzioni operative nell'effettuazione del clisma nel 95%;
- corretta tenuta della documentazione nel 95% dei casi (valutazione processo).

## Istruzioni operative e strumenti specifici

- Registro dei processi SID S.C./S.O. Rev. 01 – Indicatori e standard.
- I.O. 18 Rev.00 Somministrazione Farmaci
- I.O. 17 Rev.00 Esecuzione clisma evacuativo
- I.O. I.R. Rev. 00 Segnalazione degli incidenti (incident reporting)
- *Procedure terapeutiche Scheda* sperimentale “A” N° \_\_ Rev.00 05/05/09
- *Procedure diagnostiche Scheda* sperimentale “B” N° \_\_ Rev.00 05/05/09
- Allegato 2 delle LG regionali dell'ARS - *griglia di orientamento decisionale*

## Strumenti di monitoraggio

- **Audit ogni 15 giorni** dal 1 ottobre al 31 dicembre per verificare la compliance alla terapia e la tenuta della documentazione, comporta la verifica di tutte le cartelle infermieristiche degli assistiti reclutati e la verbalizzazione (data, elenco nominativo dei presenti, numero delle cartelle esaminate, errori rilevati ect.). Le verbalizzazioni sono raccolte dal SIA che effettua il monitoraggio complessivo del progetto.
- **Per ogni assistito reclutato**, l'infermiere CM nella schermata del **SIASI** –accettazione utente- utilizza la casella “*p.progetto*” inserendovi la **sigla OSSC**, ciò al fine di assicurare la statistica informatizzata. Ciò vale anche per gli anziani reclutati nella Casa di riposo di Muggia, di un tanto sarà informata la dr.ssa Luisa Boaro dell'ARS affinché tali assistiti non siano conteggiati nella statistica regionale degli assistiti SID.
- **Audit bimensili nel 2010.**

<sup>9</sup> Allegato 2 delle Linee guida regionali per l'inserimento dell'OSS-C nelle èquipe assistenziali, documento ARS.

<sup>10</sup> La letteratura stima una non aderenza tra l'11% e il 18% dei casi.

## **Responsabilità organizzative e gestionali della sperimentazione**

Responsabili dell'organizzazione delle attività domiciliari in rapporto alla sperimentazione e all'attivazione dell'audit ogni 15 giorni (e bimensilmente nel 2010) sono:

- per il distretto 3 Barbara Brainik e Luigi Marazzo
- per il distretto 4 Marco D'Aliesio

Responsabili della gestione dell'audit e della tenuta delle verbalizzazioni sono:

- per il distretto 3 Gabriella D'Ambrosi;
- per il distretto 4 Barbara Ianderca.

Responsabili della gestione della sperimentazione, del monitoraggio e della statistica sono:

- per il distretto 3 Ofelia Altomare (report di distretto);
- per il distretto 4 Flavio Paoletti (report di distretto).

Responsabile della rilevazione dei dati relativi agli OSS C in azienda, della progettazione e gestione degli eventi formativi aziendali riferiti al progetto è Liviana Penzo del SIA.

**Responsabile del progetto complessivo e dei report aziendali per l'ARS è Maila Mislej  
Responsabile del SIA.**

## **Responsabilità dell'infermiere supervisore del processo e dell'OSS C**

Le direttive relative all'affidamento all'OSS C della somministrazione delle terapie o dell'effettuazione del clisma sono formulate dall'infermiere CM per iscritto nella cartella infermieristica e sull'apposita *scheda per l'affidamento di procedure diagnostiche e terapeutiche*.

L'infermiere CM nell'affidare l'attività all'OSS C:

- fornisce in primis indicazioni all'OSS C su come deve essere realizzato l'intervento e verifica la comprensione del messaggio;
- pianifica il monitoraggio dell'attività affidata (cosa e quando monitorare);
- identifica le situazioni per le quali l'OSS C deve contattarlo tempestivamente e lo informa di un tanto;
- prevede incontri di feed back settimanali con l'OSS C;
- verifica la corretta registrazione degli interventi attuati dall'OSS C;
- effettua il monitoraggio degli eventuali *eventi avversi* o dei *quasi eventi*.
- risponde tempestivamente al cellulare aziendale 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 (nelle ore notturne in pronta disponibilità mentre sulle 12 ore in regime di presenza attiva).

L'OSS C

- in caso di dubbio sull'intervento da effettuare contatta l'infermiere che gli ha affidato l'attività;
- in caso di *eventi avversi* o dei *quasi eventi*, segnala tempestivamente il fatto all'infermiere e registra l'evento sull'apposita scheda **Modulo di segnalazione degli incidenti (incident reporting)**.

## Modalità di tenuta della documentazione in cartella infermieristica SID

La cartella infermieristica (REV 04 dd 02.04.09) è lo strumento che contiene la documentazione clinico-assistenziale dell'assistito in carico al servizio:

- le schede di valutazione
- il PAI
- la documentazione del MMG e degli specialisti (richiesta di attivazione del servizio, prescrizione terapeutica ect.)
- il monitoraggio degli indicatori e della compliance alla terapia
- la descrizione degli interventi assistenziali.

Il personale effettua ogni accesso domiciliare munito di detta cartella. **La terapia prescritta dal MMG e/ o dallo specialista non viene trascritta su altra modulistica ad hoc al fine di evitare errori durante la trascrizione.**

L'operatore che somministra la terapia:

1. deve registrarla in cartella nella sezione **“descrizione degli accessi e monitoraggio”**;
2. nel registrarla deve seguire rigorosamente **l'ordine cronologico del PAI**;
3. deve riportare ogni volta il tipo di **farmaco** somministrato, la **dose** e la **modalità di somministrazione** (come da prescrizione medica) la **data** e l'**ora di somministrazione** apponendo la propria **firma**.

**Nelle cartelle delle persone seguite congiuntamente agli OSS C devono essere presenti esclusivamente le firme degli infermieri CM, loro sostituti e degli OSS C che partecipano al presente progetto.**

Nella tempistica definita dal PAI, l'infermiere CM attua il monitoraggio degli indicatori di esito dell'assistenza per ogni assistito. Per le persone seguite congiuntamente all'OSS C, il monitoraggio degli indicatori e l'esito alla chiusura del SID saranno registrati anche su apposito file in excell, al fine di consentire il monitoraggio semestrale complessivo e la costruzione dei report di distretto ed aziendali.

## Tempistica e programma dettagliato di intervento

1. Bozza del progetto e degli strumenti: adattamento della cartella infermieristica e degli strumenti per la pianificazione assistenziale, revisione della Job description, delle Istruzioni operative e del documento SID (aprile- maggio 2009).
2. Discussione, condivisione e messa a punto del progetto con i dirigenti infermieristici aziendali e gli attori (maggio 2009).
3. Presentazione del progetto ai Direttori Generale, sanitario e Amministrativo: (maggio 2009).
4. Presentazione del progetto finale agli attori (maggio 2009).
- 5. Negoziazione sulle RAR comparto e SPTA con le OOSS (maggio 2009)**
6. Partecipazione degli attori all'evento formativo/informativo organizzato dall'ARS il 13 maggio 2009.
- 7. Decreto di approvazione del progetto (giugno 2009).**
8. Formazione residenziale per i responsabili infermieristici, gli infermieri e gli OSS C coinvolti nel progetto 2 edizioni a giugno e ulteriori 4 edizioni da ottobre a dicembre 2009)
9. Percorso di inserimento di alcuni operatori OSS C nei Servizi Infermieristici Domiciliari con protocollo di inserimento (Giugno – settembre) ove necessario.
10. Formazione sul campo in tema di somministrazione dei farmaci ed effettuazione dei clismi, con valutazione delle *performance*, rivolta agli OSS C (settembre 2009).
11. Inizio della sperimentazione 1 ottobre 2009 .
12. Formazione residenziale per altri responsabili infermieristici, gli infermieri e gli OSS C non coinvolti nel progetto 4 edizioni da ottobre a dicembre 2009 per informare/formare e procedere con la sperimentazione in altre strutture aziendali nel 2010.
- 13. Monitoraggio degli obiettivi stesura I° report (31 dicembre 2009).**
- 14. Monitoraggio degli obiettivi stesura II° report (30 giugno 2010).**
- 15. Monitoraggio degli obiettivi stesura III° report (31 dicembre 2010).**

**Sono in grassetto i punti 5, 7,13,14, e 15 relativi agli indicatori di verifica dell'ARS che sono i seguenti (punto 3.6):**

- a) In ogni Azienda Sanitaria vi è evidenza della sottoscrizione dell'accordo sindacale sulle RAR vincolate del comparto e della dirigenza SPTA entro il 30-05-2009.
- b) In ogni Azienda Sanitaria vi è evidenza del Decreto di approvazione del progetto in base ai requisiti previsti entro il 30-06-2009 in cui si evidenzino le direttrici per l'allocazione appropriata.
- c) In ogni Azienda Sanitaria vi è evidenza del report di valutazione intermedia del progetto entro il 31-12-09 in base ai requisiti (3.2 - 3.3 - 3.4).
- d) In ogni Azienda Sanitaria vi è evidenza del report di valutazione intermedia del progetto entro il 30-06-2010 in base ai requisiti (3.2 - 3.3 - 3.4).
- e) In ogni Azienda Sanitaria vi è evidenza del report di valutazione finale del progetto entro il 31-12-2010 che conterrà l'audit della documentazione clinico-assistenziale relativamente al processo decisionale di attribuzione del trattamento terapeutico.

## Diagramma di Gantt

INTERVENTI / TEMPISTICA	Apr. Mag 2009	Giu 2009	lug- 009	Ago- 2009	Set- 2009	1 Ott 2009	Nov 2009	31 Dic 2009	30 Giu 2009	31 Dic 2010
Progettazione e costruzione degli strumenti:										
Presentazione e condivisione del progetto										
ARS evento formativo/informativo con i coordinatori delle strutture	13 maggio ARS									
Formazione residenziale per gli infermieri e OSS C che sperimentano		2 edizioni per gli attori				3^ edizione per NON attori	4^ e 5^ Edizione per NON attori	6^ Edizione per NON attori		
Percorso di inserimento degli OSS C nei SID con protocollo e se necessario.										
Formazione sul campo su: somministrazione dei farmaci ed effettuazione dei clismi										
Sperimentazione e Audit ogni 15 gg (6 per distretto complessivi entro l'anno)						2 audit in ciascun distr.	2 audit in ciascun distr.	2 audit in ciascun distr.		
Monitoraggio obiettivi ed esiti REPORTS								1° REPORT valutaz. Intermed.	2° REPORT Valutaz. Intermed.	3° REPORT valutaz. Finale 2010

**Il progetto, prima della sua stesura, ha comportato una serie di riunioni, a livello aziendale e presso il distretti, tra dirigenti infermieristici e responsabili infermieristici e tra questi e il personale infermieristico e gli OSS C coinvolti nella sperimentazione.**

**Hanno elaborato il presente progetto Maila Mislej e Barbara Ianderca con la collaborazione di Gabriella D'Ambrosi.**

**Trieste, 5 maggio 2009**



**-Progetto dell'A.S.S. n.1 Triestina-**

**L'inserimento dell'OSS con formazione complementare nelle équipes assistenziali**

**Programmazione e gestione di Liviana Penzo**

***Evento formativo***

**in collaborazione con i responsabili infermieristici dei distretti**

---

***L'èquipe assistenziale e la valorizzazione delle funzioni dell'infermiere di comunità e dell'OSS C***

---

## Finalità dell'evento

L'evento formativo si propone di sostenere il progetto sperimentale aziendale secondo le Linee Guida dell'Agenzia Regionale della Sanità per l'inserimento dell'operatore sociosanitario con formazione complementare nelle équipe assistenziali dei contesti operativi definiti nel progetto.

La finalità è di valorizzare le funzioni dell'infermiere di comunità, case manager, nella presa in carico dell'assistito, coinvolgendo l'OSS C nel processo terapeutico e in particolare nella somministrazione della terapia farmacologia e nell'effettuazione del clisma.

L'evento si propone di illustrare il progetto aziendale che interessa gli assistiti del SID con bisogni riferibili ai *libelli basso e medio*<sup>11</sup> avendo cura di trattare in dettaglio le seguenti criticità del medesimo:

- il **PAI integrato** con l'assistenza di base dell'OSS C e la corretta somministrazione della terapia farmacologia ed effettuazione del clisma (aderenza alla prescrizione);
- la **buona tenuta della cartella infermieristica** con particolare riguardo alla somministrazione della terapia e all'effettuazione del clisma;
- **gli audit ogni 15 giorni** (dal 1 ottobre al 31 dicembre) per verificare la compliance alla terapia e la tenuta della documentazione;
- **la codifica con la sigla OSS C di ogni assistito reclutato**, nella schermata del SIASI – accettazione utente- utilizza la casella “*p. progetto*” (anche nel caso degli anziani reclutati nella Casa di riposo di Muggia)

## Obiettivi formativi

1. rafforzare la responsabilità dell'infermiere nella gestione del PAI e nell'affidamento all'OSS C della somministrazione delle terapia (utilizzando la *griglia di supporto decisionale delle Linee guida regionali*) o dell'effettuazione del clisma;
2. potenziare le modalità di affidamento delle attività attraverso informazioni accurate all'OSS C e l'utilizzo della strumentazione predisposta dal progetto (*scheda per l'affidamento di procedure diagnostiche e terapeutiche*);
3. implementare le capacità di feed back e monitoraggio del processo terapeutico e degli eventuali *eventi avversi* o dei *quasi eventi* utilizzando il *Modulo di segnalazione degli incidenti (incident reporting)*;
4. affinare le modalità di tenuta della documentazione clinico assistenziale in cartella infermieristica SID (REV 04 dd 02.04.09) con particolare riferimento alla terapia farmacologica o al clisma prescritti secondo le istruzioni operative allegate al progetto .

L'evento è strutturato in 4 ore di lezioni teoriche, si svolge in un'unica giornata e prevede la partecipazione 25 operatori.

Sono previste 6 edizioni dell'evento, le **prime due sono riservate agli attori del progetto**, le successive sono destinate a implementare lo sviluppo del progetto in altre strutture nei successivi anni.

---

<sup>11</sup> Allegato 2 delle Linee guida regionali per l'inserimento dell'OSS-C nelle équipe assistenziali, documento ARS.

Le edizioni si tengono presso la Direzione Aziendale, Villa Renner via Costantinides nelle seguenti date:

- 19 giugno 2009 1^ edizione per gli attori
- 30 giugno 2009 2^ edizione per gli attori
- 15 settembre 2009 3^ edizione
- 13 ottobre 2009 4^ edizione
- 17 novembre 2009 5^ edizione
- 15 dicembre 2009 6^ edizione

### **Programma dell'evento**

**Ore 13.45- 14** Registrazione dei partecipanti

**Ore 14** Presentazione del progetto aziendale e degli obiettivi della formazione  
Maila Mislej (supplenti Ofelia Altomare e Flavio Paoletti)

**Ore 14.30 – 15.00** *Il progetto aziendale in dettaglio con le sue criticità*  
Gabriella D'Ambrosi e Barbara Ianderca (supplente Liviana Penzo)

**Ore 15.00- 16** *La responsabilità dell'infermiere e dell'OSS C*  
Paolo Goliani medico legale (supplente PierRiccardo Bergamini medico legale)

**Ore 16 – 16.15** *pausa caffè*

**Ore 16.15 17.00** *Gli aspetti farmacologici del processo terapeutico* M.Teresa Benazzi  
(supplente Carlo de Vuono)

**Ore 17.00 18.00** *La somministrazione della terapia farmacologia e il rischio clinico e le buone pratiche nell'effettuazione del clisma*  
Barbara Ianderca (supplente Gabriella D'Ambrosi)

**Ore 18.00** *Questionario di valutazione dell'apprendimento*

**Ore 18.30 chiusura dell'evento.**

**Responsabile scientifico/culturale Liviana Penzo**

**Segreteria Organizzatrice:**

Liviana Penzo, Servizio Infermieristico Aziendale, tel. 040 399.7142, Fax 040-3997182.

## Bibliografia

Anselmi ML, Peduzzi M, dos Santos CB. Errors in the administration of intravenous medication in Brazilian hospitals. *J Clin Nurs*. 2007;16(10):1839-47.

Armutlu M, Foley ML, Surette J, Belzile E, McCusker J. Survey of nursing perceptions of medication administration practices, perceived sources of errors and reporting behaviours. *Healthc Q*. 2008;11(3):58-65.

ARS Emilia-Romagna. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. 2006. Available at: [www.sanita.forumpa.it/documento/0/100/170/171/DossierASREmiliaRomagna.pdf](http://www.sanita.forumpa.it/documento/0/100/170/171/DossierASREmiliaRomagna.pdf). Accessed: Nov 7, 2008.

ARS Friuli Venezia Giulia. Sistema di Incident Reporting. 2005. Available at: <http://www.ars.sanita.fvg.it/infocms/repositPubbl/9/8/allegati/documento%20regionale%20incident%20reporting.pdf>. Accessed: Oct 31, 2008.

Cinotti R, Basini V, Di Denia P. Approccio integrato alla gestione del rischio nelle strutture sanitarie: il progetto dell'Agenzia sanitaria regionale della Regione Emilia-Romagna. Available at: [http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/gest\\_rischio.htm](http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/gest_rischio.htm). Accessed: Aug 25, 2008.

Evans SM, Smith BJ, Esterman A, Runciman WB, Maddern G, Stead K, et al. Evaluation of an intervention aimed at improving voluntary incident reporting in hospitals. *Qual Saf Health Care*. 2007;16(3):169-75.

Franklin BD, O'Grady K, Donyai P, Jacklin A, Barber N. The impact of a closed-loop electronic prescribing and administration system on prescribing errors, administration errors and staff time: a before-and-after study. *Qual Saf Health Care*. 2007;16(4):279-84.

Girotti MJ, Garrick C, Tierney MG, Chesnick K & Brown SJL. Medication administration errors in an adult intensive care unit. *Heart and Lung*. 1987;16(4):449-53.

Haw CM, Dickens G, Stubbs J. A review of medication administration errors reported in a large psychiatric hospital in the United Kingdom. *Psychiatr Serv*. 2005;56(12):1610-3.

Italiano C. La gestione del rischio clinico. Available at: [http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/gest\\_rischio.htm](http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/gest_rischio.htm). Accessed: Sep 5, 2008.

Morselli A, Ghermandi D, Fontana F, Bonacini I, Mancini M, Cuomo G. Il rischio nella gestione dei farmaci. *Giornale italiano di Farmacia clinica*. 2005;19(4):366-70.

Morselli A. Riflessioni e proposte in tema di rischio farmacologico nella pratica assistenziale. 2004. Available at: [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/eventi/20041129\\_conv\\_rischio/link\\_r](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/eventi/20041129_conv_rischio/link_r). Accessed: Oct 27, 2008.

SIFO. Documento Programmatico 2004-2008.

Available at: [http://www.sifoweb.it/società/pdf/documento\\_programmatico\\_2004-2008.pdf](http://www.sifoweb.it/società/pdf/documento_programmatico_2004-2008.pdf). Accessed: Nov 2, 2008.

Tang FI, Sheu SJ, Yu S, Wei IL, Chen CH. Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. J Clin Nurs. 2007;16(3):447-57.

Zhan C, Smith SR, Keyes MA, Hicks RW, Cousins DD, Clancy CM. How useful are voluntary medication error reports? The case of warfarin-related medication errors. 2008; 34(1):36-45.

**Allegati** (Norme ISO 9001:2000 dalla TUV CERT Rheinland Berlin Brandenburg)

1. Allegato Job Description SID Rev. 02 (responsabili infermieristici, infermieri, OSS e OSSC)
2. Allegato Cartella Infermieristica SID Rev. 04
3. Allegato *Procedure terapeutiche Scheda* sperimentale "A" N° \_\_ Rev.00 05/05/09  
*Procedure diagnostiche Scheda* sperimentale "B" N° \_\_ Rev.00 05/05/09
4. Allegato I.O I.R. Rev. 00 Segnalazione degli incidenti (incident reporting)
5. Allegato I.O. 17 Rev.00 Esecuzione clisma evacuativo
6. Allegato I.O. 18 Rev.00 Somministrazione Farmaci
7. Allegato Registro dei processi SID S.C./S.O. Rev. 01 – Indicatori esisti e target
8. Procedura d'accoglienza neoassunto – neo acquisito P.S. SID Rev. 01.
9. Allegato 2 delle LG regionali dell'ARS - *griglia di orientamento decisionale*