

CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO DESTINATO A MIGLIORARE LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE NEFROPATICO: LA NOSTRA ESPERIENZA

AUTORI

Walter Longo*, Sabrina Belgio**, Alessandro Poletti***, Daniela Rongioletti*; * infermiere tutor, ** infermiere coordinatore, *** infermiere case manager. Reparto di degenza di Nefrologia, Dialisi e Ipertensione "Mancini ff" AOU - IRCCS Policlinico di Sant'Orsola Malpighi Bologna.



INTRODUZIONE

I modelli organizzativi ed assistenziali utilizzati in sanità, possono fare la differenza in termini di esiti sulle persone che assistiamo ed anche rappresentare uno strumento di valorizzazione delle competenze dell'infermiere. Per molti anni il functional nursing è stato il modello principale utilizzato in sanità. Nella nostra unità operativa di degenza nefrologica abbiamo dovuto fare i conti con i limiti di questo modello organizzativo ed abbiamo deciso, dopo le opportune analisi, di mettere in atto un processo di cambiamento che mettesse al centro la persona assistita.

METODOLOGIA

L'Unità Operativa di Nefrologia al momento della riorganizzazione aveva 22 posti letto suddivisi in 6 posti letto per acuti e 16 posti letto di degenza ordinaria (figura 1). Il modello organizzativo era di natura funzionale con conseguente approccio meccanico e frammentazione delle cure. La difficoltà nell'aver una visione globale del percorso e delle esigenze dell'Utente, il passaggio frammentario delle informazioni e la scarsa integrazione tra personale medico e infermieristico non permetteva di applicare a pieno il processo di assistenza con conseguente insoddisfazione dell'Utente e del personale. La riorganizzazione è avvenuta affrontando più aspetti. E' stato introdotto a iso-risorse il modello organizzativo di tipo modulare con case management.

La difficoltà nell'aver una visione globale del percorso e delle esigenze dell'Utente, il passaggio frammentario delle informazioni e la scarsa integrazione tra personale medico e infermieristico non permetteva di applicare a pieno il processo di assistenza con conseguente insoddisfazione dell'Utente e del personale. La riorganizzazione è avvenuta affrontando più aspetti. E' stato introdotto a iso-risorse il modello organizzativo di tipo modulare con case management.

L'infermiere case manager, responsabile del percorso assistenziale, governa un percorso complesso e multidisciplinare e insieme ai colleghi di settore assicura la continuità del progetto assistenziale. Parallelamente è stato introdotto un briefing quotidiano multiprofessionale (medici, infermieri e coordinatore) dove ci si confronta sul percorso clinico-assistenziale e si affrontano le più importanti criticità. Inoltre è stata rivista la documentazione infermieristica.

Gli OSS in questo nuovo contesto non sono semplici esecutori, ma sono inseriti nel gruppo di lavoro e perseguono in stretta collaborazione con gli infermieri gli obiettivi della persona assistita. Le presenze sono state distribuite come si evidenzia nella figura 2.

PRIMA

AREA	MATTINO	POMERIGGIO	NOTTE
ACUTA NEFROLOGICA (6 PL)	1 INF. + 1 ICM	1 INF. JOLLY	1 INF.
DEGENZA (16 PL)	1 INF. + 1 ICM	2 OSS	1 INF.

FIGURA 1

DOPO

SETTORE	MATTINO	POMERIGGIO	NOTTE
AREA ACUTA NEFROLOGICA (6 PL)	1 INF. + 1 ICM	1 OSS	1 INF.
SETTORE BLU (8 PL)	1 INF.	1 ICM + 1 OSS Trasversali	1 INF.
SETTORE BIANCO (8 PL)	1 INF.	1 INF.	1 INF.

FIGURA 2

RISULTATI

Al fine di valutare il miglioramento della presa in carico abbiamo identificato degli indicatori di struttura e di processo (figura 3) e rilevato i dati prima della riorganizzazione dopo sei e dopo dodici mesi.

La nuova organizzazione ha avuto un impatto positivo sulla presa in carico del paziente. La corretta compilazione della documentazione infermieristica ha collimato con una maggiore conoscenza del percorso assistenziale del paziente che si manifesta con una maggiore soddisfazione dell'Utente (raddoppiato il numero degli elogi), un miglioramento del clima lavorativo, un più agevole passaggio delle informazioni e una maggiore valorizzazione delle competenze delle diverse figure professionali coinvolte nel processo di cura.

INDICATORE	PRIMA DELLA RIORGANIZZAZIONE	RISULTATO A 6 MESI	RISULTATO A 12 MESI
COMPILAZIONE DEL DIARIO INFERMIERISTICO	80%	90%	99,9%
COMPILAZIONE DELLA PIANIFICAZIONE INFERMIERISTICA	70%	80%	86,6%
COMPILAZIONE DEL DIARIO INTEGRATO	6%	25%	60%
ESECUZIONE DELLE CURE IGIENICHE ENTRO LE ORE 10:00	70%	95%	95%
RILEVAZIONE E CORRETTA COMPILAZIONE DEI PARAMETRI VITALI + DOLORE E PESO	70%	95%	96%
RILEVAZIONE DEGLI INDICI DI BRADEN E BARTHEL (AMMISSIONE E DIMISSIONE)	28%	70%	89%

FIGURA 3

CONCLUSIONI

Il passaggio ad una organizzazione di tipo modulare ha rappresentato un'opportunità per sviluppare una migliore presa in carico e per migliorare l'assistenza erogata al nefropatico a vantaggio della continuità assistenziale. Per il gruppo professionale ha rappresentato una grossa crescita culturale facilitando l'integrazione tra i professionisti in un'ottica di approccio multidisciplinare. Durante la pandemia da COVID-19 siamo riusciti a sostenere ed affrontare le nuove complessità assistenziali e organizzative con più coscienza del nostro ruolo infermieristico, mettendo sempre al centro le persone assistite.

BIBLIOGRAFIA

C. CALAMANDREI, MANUALE DI MANAGEMENT PER LE PROFESSIONI SANITARIE, McGRAW HILL, 2015.
 P. CHIARI, A.SANTULLO, L'INFERMIERE CASE MANAGER, DALLA TEORIA ALLA PRASSI, McGRAW HILL, 2010.
 H. MINTZBERG, LA PROGETTAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE, IL MULINO, 1996.
 R. VACCARI, A. DALPONTE, C. ONDOLI, "GLI STRUMENTI DEL MANAGEMENT SANITARIO", CARROCCI EDITORE, ROMA, 1998.
 R. VACCARI, "LA SANITÀ INCOMPIUTA", LA NUOVA ITALIA SCIENTIFICA, ROMA, 1991.
 BENNER P. "L'ECCCELLENZA NELLA PRATICA CLINICA DELL'INFERMIERE. L'APPRENDIMENTO BASATO SULL'ESPERIENZA", MILANO: McGRAW HILL, 2003.
 PICCARDO C. COLOMBO L. "GOVERNARE IL CAMBIAMENTO", MILANO: RAFFAELLO CORTINA EDITORE, 2007.
 PALESE A. BORGHI G. DELUCCIA L. DELFORNO M. GUARDINI I. MESAGLIO M. ET AL. "L'ESPERIENZA DI TRASFERIMENTO E ADATTAMENTO DEL MODELLO "MAGNET HOSPITAL" NEL CONTESTO ITALIANO", MECOSAN 2010;74:103-12.
 L. CAVADA ET AL. "LE PREOCCUPAZIONI DEGLI INFERMIERI COINVOLTI IN UN PROGETTO DI RIORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE", ASSIST.INFERM. RIC. 2012; 31:184-189.
 L. CAVADA "I PROCESSI DI CAMBIAMENTO ED INNOVAZIONE: UNO SGUARDO ALLE TEORIE DI RIFERIMENTO", ASSIST.INFERM. RIC. 2012; 31:173-176.
 BAREIL C. GAGNON J. "BUILDING EMPLOYEES' CAPACITY TO ADAPT TO CHANGE", MONTREAL: HEC, 2004.
 OREG S. VAKOLA M. ARMENAKIS A. "CHANGE RECIPIENTS' REACTIONS TO ORGANIZATIONAL CHANGE: A 60-YEAR REVIEW OF QUANTITATIVE STUDIES. J APPL BEHAV SCI 2011; 20(10):1-64.
 N.C. PROUDLOVE, K. GORDON, R. BOADEN, "CAN GOOD MANAGEMENT SOLVE THE OVERCROWDING IN ACCIDENT AND EMERGENCY DEPARTMENTS?", EMERGENCY MEDICINE JOURNAL, 2003;Mar;20(2):149-155.
 C. PELLECCIA, A. BELLINI, N. CARANGELO, R. FALCINELLA, A. FIORIO, R. MAZZA, F. NATALI, G.PALAZZO, R. ROSETTI, T. TRAFUCCI, "LOOKING FOR THE BED: THE BED MANAGEMENT IN ST.ORSOLA-MALPIGHI HOSPITAL IN BOLOGNA", G. GERONTOLOGIA 2015;63:260-263.
 MCGREGOR-BURNS J., "LEADERSHIP", HARPER & COLLINS, 1978.