

Il coordinatore e la gestione del budget

Esperienza di gestione di U.O. Post Acuti a conduzione infermieristica a cura dei coordinatori:

Bartolini Elsa U.O. Post Acuti - Ospedale Franchini S.Arcangelo

Semproli M. Angela U.O. Post Acuti - Ospedale Infermi Rimini

INTRODUZIONE

Le U.U.O.O. Post Acuti a gestione infermieristica, sono state attivate nel gennaio 2001. Sono nate su mandato Aziendale e si collocano in una fase di cambiamenti strutturali del sistema sanitario, sia a livello nazionale che regionale. Esse rappresentano infatti, una diretta conseguenza delle modificazioni derivanti dalla rimodulazione della rete ospedaliera che prevede la tendenza alla riduzione dei posti letto ospedalieri, la riduzione della durata media di degenza per acuti, tipico esempio di risposta ospedaliera differenziata a problemi di salute diversi da quelli che richiedono un trattamento “acuto” (delibera della giunta regionale E. Romagna luglio 1997 n° 1455). L’impegno richiesto ai professionisti sul fronte organizzativo gestionale è da considerarsi un passo importante verso la crescita professionale di una professione in evoluzione. La continuità assistenziale viene garantita attraverso l’integrazione dei professionisti delle varie unità operative di degenza per acuti, dove avviene la fase iniziale ed intensiva di diagnosi e di trattamento, con i professionisti delle unità di degenza post acuzie – riabilitazione, che vede questi assicurare i successivi interventi di recupero - riattivazione funzionale, nonché il proseguimento di sorveglianza e di trattamento in stretta collaborazione con il clinico di riferimento.

LE NORME REGIONALI

Le prestazioni assistenziali vengono erogate nell’ambito della struttura ospedaliera, nella direttiva è indicata la durata massima di degenza pari a 60 giorni, tranne nei casi in cui vi siano particolari condizioni che rendano necessario il prolungamento della degenza; nel nostro caso in questi 7 anni sono stati trattati 535 (11%) pazienti che hanno superato i 60 gg di degenza con prevalenti problematiche di tipo sociale.

Al momento della presa in carico dell’utente presso le U.U.O.O. Post Acuti, si provvede alla valutazione globale della sua situazione e si pianifica tutto il percorso assistenziale – riabilitativo, ponendo particolare attenzione alle problematiche socio-assistenziali e laddove presenti, si intraprendono i primi contatti con la rete socio- territoriale.

MODALITA’ ASSISTENZIALI ED ORGANIZZATIVE

All’interno delle UU.OO. Post Acuti, per la gestione del percorso utente, viene utilizzato il processo di assistenza infermieristica, legato a metodologia di problem – solving per poter perseguire i seguenti obiettivi:

- centralità della persona
- continuità dell’assistenza
- integrazione inter ed intraprofessionale
- coinvolgimento della famiglia.

Il team ha il compito di coordinare gli sforzi per portare il paziente al maggior livello di autonomia nel più breve tempo possibile.

Le unità operative sono dotate di 20 posti letto ciascuna, suddivise in 2 settori. In ogni settore sono presenti 1 infermiere e 1 operatore di supporto nelle fasce orarie mattino e pomeriggio. Presso il Post Acuti di S.Arcangelo durante la notte sono presenti 1 infermiere ed 1 operatore di supporto OSS, mentre presso il Post Acuti di Rimini sono presenti 2 infermieri, in quanto la struttura è ubicata all’esterno del monoblocco ospedaliero ed è stato necessario garantire agli utenti la maggior sicurezza clinico assistenziale, specialmente nella gestione di problematiche che possono determinare una instabilità clinica del paziente e rendere necessario un confronto professionale fra pari nelle fasi decisionali (attivazione procedura urgenza/emergenza, chiamata referente clinico ecc.).

Durante la mattina sono presenti inoltre 2 infermiere “case manager” 1 per ogni settore le quali hanno la responsabilità della continuità dell’assistenza degli utenti, dalla presa in carico alla dimissione, mentre il coordinatore riveste il ruolo di responsabile organizzativo gestionale dell’unità assistenziale e delle risorse a lui affidate.

Il coordinatore infermieristico, responsabile della U.O. Post Acuti, in qualità di direttore di unità operativa, partecipa agli incontri di Dipartimento, alle riunioni del Collegio di Direzione, si interfaccia direttamente con il Direttore di Dipartimento, con la Direzione Sanitarie, con la Direzione Assistenziale, con Direttori dei servizi farmaceutico ed economico, partecipa inoltre dalla discussione di Budget.

Al coordinatore viene assegnata una responsabilità di posizione organizzativa con incarico a durata annualmente. Il Nucleo di Valutazione valuta annualmente i risultati raggiunti, il Direttore Generale, se la valutazione è positiva, procede alla conferma dell'incarico.

RACCOLTA DATI

La raccolta dati rappresenta per il coordinatore il punto di partenza in aderenza agli obiettivi del mandato istituzionale. Questo aspetto gestionale, risulta essere la parte più innovativa della professione del management infermieristico, in quanto mai prima d'ora il coordinatore si era trovato ad aver assegnata una quota di risorse da gestire in autonomia (*allegato 1*), oltretutto senza esperienze precedenti a cui far riferimento per poter attingere informazioni, comportamenti-metodi. Al coordinatore viene inoltre richiesta la capacità di interfacciarsi in modo diretto con le varie articolazioni aziendali apicali e orizzontali.

Il coordinatore attraverso un'attenta raccolta e valutazione dei dati, riesce a mettere in evidenza il volume delle attività svolte, motivare l'impiego delle risorse assegnate ed esprimere appropriatezza.

La raccolta dati avviene attraverso uno strumento informatico (database costruito dall'equipe), nel quale vengono inseriti gli elementi necessari alla rilevazione. Il coordinatore e/o il case manager, al momento della dimissione dell'utente, provvedono ad inserire nel database gli elementi necessari alla raccolta dati, il coordinatore trimestralmente li rileva, li analizza e li presenta.

ANALISI E PRESENTAZIONE DATI

I reports dell'attività prodotta vengono presentati ogni anno alla Direzione Sanitaria, al Capo Dipartimento e alla Direzione Assistenziale, quale documentazione attestante il raggiungimento degli obiettivi di budget con mandato Aziendale sul progetto.

Nell'analisi dei dati dell'attività del Post Acuti di S.Arcangelo (*tabella 1*) si evidenzia il predominante ruolo di maggior fornitore della Divisione Medicina 3 motivato dalla peculiare caratteristica logistico – strutturale attigua al Post Acuti. Questo elemento è da mettere in relazione al fatto che le unità operative di Rimini trovano difficoltà nel trasferire l'utente per problematiche di continuità assistenziale da parte del clinico di riferimento. Va inoltre considerato il fatto che in alcuni casi i familiari cercano di rimanere vicini all'ospedale. Infermi in quanto residenti a Rimini; spesso i casi proposti dai reparti di Rimini sono complessi anche dal punto di vista sociale e sono molto più simili ai pazienti di Lungodegenza ed alcune volte sono stati accolti utenti in Post Acuti in attesa di trasferimento in U.O. di Lungodegenza, previ accordi con il medico referente, il quale si è sempre dimostrato disponibile nel seguire utenti non completamente stabilizzati. Nella maggior parte dei casi ciò si è verificato per favorire utenti e familiari residenti nel territorio più prossimo all'Ospedale di S.Arcangelo.

L'analisi dei dati dell'attività del Post Acuti di Rimini (*tabella 2*) mette in evidenza una equa distribuzione di richieste di trasferimenti fra le varie aree medica, chirurgica e specialistica.

L'occupazione media giornaliera dei posti letto è risultata pari a 19, la degenza media si è attestata a 20 gg. mentre l'età media degli utenti ricoverati è stata di anni 77,45.

Gli utenti che afferiscono ai Post Acuti prevedono una vasta gamma di problematiche clinico – assistenziali, generalmente sono persone affette da un quadro di polipatologia cronica in condizioni di discreto compenso clinico che richiedono assistenza continuativa di tipo infermieristico a fronte di una bassa intensità di assistenza medica. Tali pazienti inoltre prevedono trattamenti riabilitativi di tipo estensivo con l'obiettivo principale di mantenere i livelli residui di autosufficienza o recuperare le abilità perse. La peculiare caratteristica degli utenti assistiti e l'elevata età media degli stessi, hanno posto gli operatori di fronte alla esigenza di monitorare alcuni aspetti fondamentali dell'assistenza stessa e precisamente la prevenzione del rischio di caduta, la prevenzione dell'insorgenza di lesioni da pressione ed il trattamento delle stesse. Il monitoraggio di questi 2 importanti aspetti ha fatto riflettere gli operatori sulla qualità dell'assistenza erogata e sul raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Per la valutazione del rischio ed il monitoraggio dei reports dati qualità assistenziale erogata, il gruppo si è dotato di uno strumento (*database- es: tabella 3*) per la raccolta dei dati riguardanti tutte le variabili che entrano in gioco nell'assistenza erogata (*tabella 4*): gestione incontinenza,

rischio Ldd, rischio caduta, gestione catetere venoso centrale, periferico, catetere vescicale, nutrizione enterale, parenterale, gestione stomie varie, ferite chirurgiche semplici o complicate, gestione incontinenza, trattamento riabilitativo, riattivazione motoria, educazione familiare, attivazione rete territoriale, pianificazione assistenza, raggiungimento obiettivi, trasferimenti presso altre strutture, prescrizione ausili, attivazione ADI, attivazione UVG, attivazione Assistente sociale.

Al momento della elaborazione dei dati raccolti, sono emersi i seguenti risultati:

Tabella 1

reparti provenienza U.O. Post Acuti S.Arcangelo anni 2001-2007
totale ricoveri 1851 (media 264/anno)

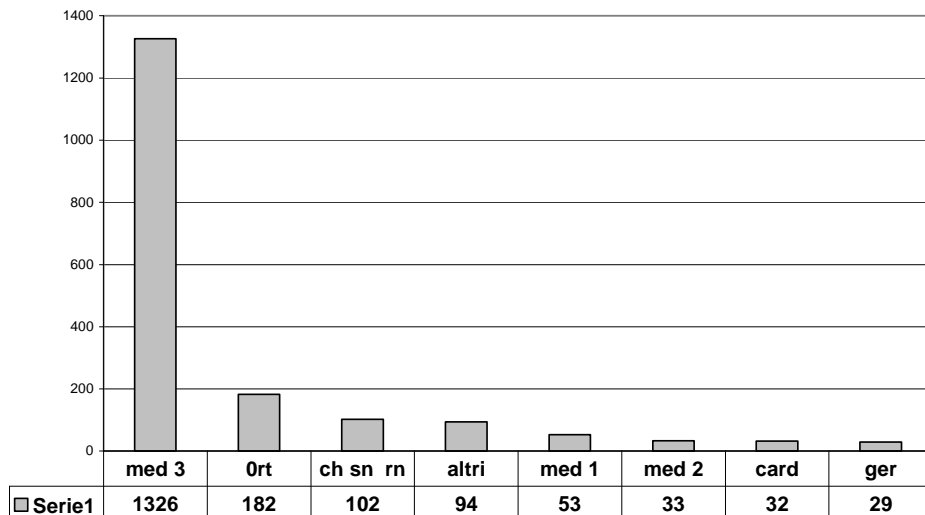


Tabella 2

reparti provenienza U.O. Post Acuti Rimini anni 2001-2007
totale ricoveri 2929 (media 418/anno)

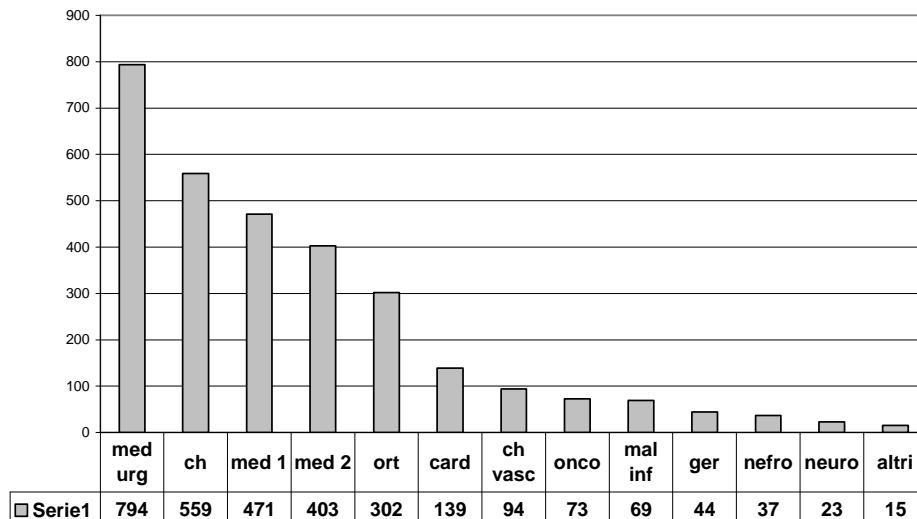


Tabella 3 (es: query caduta)

ID	NOME	COGNOME	REP PROVE	DATA DIMISS	rischio caduta	commento 3	caduta
18			MED 1°	11-gen-08	1	CONLEY 6 CONLEY 6	0
19			ORT	25-gen-08	1	CONLEY 2 CONLEY 1	0
21			MED 2°	08-gen-08	1	CONLEY 3 CONLEY 1	0
22			MED D'URG	18-gen-08	1	CONLEY 2 DECEDUTA	0
32			MAL INF	22-gen-08	1	CONLEY 6 CONLEY 6	0
36			MED D'URG	25-gen-08	1	CONLEY 8 CONLEY 3	0

Tabella 4

DATI RIGUARDANTI ALCUNI ASPETTI ASSISTENZIALI anni 2001-2007		
pazienti ricoverati	4.780	(media 682/anno)
pazienti dimessi al domicilio	3792	74%
pazienti trattati con fisioterapia	2089	40%
contatti con assistente sociale	848	16%
contatti con UVG	455	9%
contatti con ADI	453	9 %
Gestione pazienti con nutrizione enterale (35 PEG - 181 SNG)	283	5,5%
Gestione pazienti con NPT	306	6%
Pazienti con catetere venoso centrale	497	
Pazienti con catetere vescicale	1330 (25%)	25%
Rimozione catetere vescicale	469 (35%)	35%
Pazienti con cannula tracheostomica	39	
Pazienti con catetere peridurale/elastomero	112	2%
Pazienti con colostomia/urostomia (addestramento alla gestione)	209 111	4% 53%
Pazienti con ferite chirurgiche/drenaggi	904/161	17,5%
Ulcere trofiche arti inferiori	260	5%

GESTIONE DEL RISCHIO

Nella gestione del rischio, il coordinatore assume un ruolo strategico in merito alla implementazione dei processi assistenziali, alla cultura della gestione del rischio, all'implementazione della formazione; questi elementi sono di fondamentale importanza per poter applicare sistemi/metodi per l'identificazione del rischio esistente o potenziale e mettere in atto strategie per la eliminazione e/o riduzione del rischio stesso.

Rischio lesioni da decubito LDD

Il concetto di prevenzione delle lesioni da decubito inizia già al momento della presa in carico dei pazienti nei reparti per acuti da parte delle Case manager, le quali valutano il rischio ed attuano le strategie da mettere in atto. Solo nell'1% dei pazienti a rischio sono insorte lesioni, si trattava di pazienti con elevato rischio di formazione di Ldd per problematiche legate ad un alterato apporto nutrizionale, ad una oggettiva grave alterazione della mobilità, o perché entrati nella fase terminale della malattia.

Il trattamento delle lesioni prevede una prima fase di corretta stadiazione in virtù dell'applicazione del manuale aziendale. Nelle fasi successive la gestione viene effettuata nel tempo attraverso le variazioni rilevate mediante la ristadiazione delle stesse.

Dai dati è emerso che:

Pazienti a rischio per insorgenza di LDD	2786	(54%)
Pazienti con LDD all'ingresso (il 60% dei paz. con più lesioni)	852	(16,5%)
LDD insorte durante la degenza	29	(1%)
Gestione LDD:		
- ldd Guarigione	279	(33%)
- ldd Miglioramento/ldd invariate	303/260	(41%) (26%)

Rischio caduta

Durante il primo anno di attività, l'elaborazione dei dati non ha messo in evidenza un fenomeno rilevante o preoccupante rispetto al rischio caduta ma nonostante ciò, allo scopo di promuovere e sensibilizzare gli operatori ad innescare meccanismi di prevenzione, si è andati a costruire la procedura specifica per la gestione evento caduta accidentale. Tale strumento ha facilitato l'approccio culturale al fenomeno caduta sensibilizzando tutta l'equipe (infermieri e OSS, terapisti della riabilitazione) ad una gestione attenta e mirata per adottare strategie efficaci al fine di contenere il fenomeno.

Pazienti ricoverati	4.780
Pazienti a rischio caduta	2.330 (49%)
Pazienti caduti	68 (3%)
Lesioni riportate	6 (9%)

Spesa economica/budget

Il monitoraggio delle attività, unito alla reportistica delle spese farmaceutiche ed economiche che l'azienda invia bimestralmente, permette ai coordinatori di valutare al meglio la spesa economica durante l'anno e possono giustificare, attraverso la presentazione dei dati raccolti, lo sfioramento di alcuni prodotti. Verso la fine dell'anno, quando la spesa ha una maggior visione, possono elaborare la previsione di spesa/budget per l'anno successivo avvalendosi dei dati che hanno dimostrato un maggior peso.

Es: Report 1° bimestre 2008

RN UO POST-ACUZIE	BDG 2008	Cons Gen_Feb08	Ass%
Totale Beni	82.300	15.629,48	18,99%
0901 Beni Sanitari	82.300	12.934,46	15,72%
0901001 MEDICINALI E ALTRI PRODOTTI TERAPEUTICI	55.000	6.921,70	12,58%
090100102 GALENICI OFFICINALI	0	7,82	
090100105 MATERIE PRIME PER PREPARATI GALENICI	0	4,21	
B01182001 SPECIALITA' MEDICINALI E FARMACI EQUIVALENTI	0	4.810,98	
B01182005 SOLUZIONI NUTRITIVE E CALORICHE	0	2.066,34	
B01182008 STUPEFACENTI	0	32,35	
0901002 SANGUE ED EMODERIVATI	4.000	2.862,40	71,56%
B01182002 IMMUNOGLOBULINE UMANE ED EMODERIVATI	0	495,19	
B01182012 LAVORAZIONE IMMUNOGLOBULINE ED EMODERIVATI	0	2.367,21	
0901003 REAGENTI E DIAGNOSTICI	1.300	195,53	15,04%
B01183001 DIAGNOSTICI E REAGENTI PER LABORATORIO	0	195,53	
0901006 MATERIALE PROTESICO E PER OSTEOSINTESI	30	45,24	150,80%
090100602 DISPOSITIVI MED.IMPIANTAB.ATTIVI PER FUNZ.CARD.	0	45,24	
0901010 DISPOSITIVI MED. E ALTRO MAT.SANITARIO	21.000	2.777,77	13,23%
090101002 MEDICAZIONI GENERALI E SPECIALI	0	629,04	
090101007 ALTRI DISPOSITIVI MEDICI	0	1.732,70	
B01188001 PRESIDI MEDICO CHIRURGICI ED AFFINI	0	181,43	
B01188004 DISINFETTANTI	0	46,79	
B01188006 MATERIALE AUSILIARIO	0	83,47	
B01188007 VETRETTA E MATERIALE DI LABORATORIO ANALISI	0	104,34	
0901011 STRUMENTARIO E FERRI CHIRURGICI	40	6,15	15,38%
B01188005 FERRI CHIRURGICI -chiuso e trasf.	0	6,15	
0901013 SIERI E VACCINI PER PROFILASSI	30	0	0,00%
0901015 PRODOTTI DIETETICI	900	125,67	13,96%
B01182009 DIETETICI TERAPEUTICI -trasf.	0	125,67	
0902 Beni non sanitari	0	2.695,02	
0902002 MATERIALE GUARDAROBA,PUL.,CONVIVENZA	0	2.239,68	
090200201 MAT.GUARD.,PULIZIA E CONVIVENZA	0	35,68	
B01195002 MATERIALE MONOUSO	0	1.083,27	
B01195003 MATERIALE PER IGIENE PERSONALE	0	1.120,73	
0902005 CARTA,CANCELLERIA E STAMPATI	0	129,78	
B01193001 CARTA	0	25,38	
B01193002 MATERIALE DI CANCELLERIA	0	23,18	
B01193004 STAMPATI	0	81,22	
0902007 ALTRO MATERIALE NON SANITARIO	0	325,56	
B01193003 MATERIALE VARIO PER COMPUTERS	0	325,56	

Il coordinatore, nell'ambito di riunioni mirate, condivide con l'intera équipe i reports di spesa e, comparandoli con i dati dell'attività, discute con il gruppo gli eventuali scostamenti fra risorse assegnate e consumato. Tali riunioni hanno lo scopo di sensibilizzare gli operatori ad un utilizzo appropriato delle risorse e stimolare un approccio culturale alla gestione del bene pubblico, fermo restando che il paziente deve essere sempre al centro delle cure e che risparmiare non significa non poter garantire una adeguata assistenza.