CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE
DEI MEDICI-CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

SEDUTA del 26 luglio 2019

Delibera n. 104

OGGETTO: Approvazione documento predisposto dalla Commissione Medico Legale relativo a istruzioni operative del Presidio Ospedaliero di Montecatone.

L'anno duemiladiciannove del giorno 26 del mese di luglio alle ore venti e quarantacinque si è riunito il Consiglio Direttivo così composto:

		Presenti	Assenti
Presidente	Dott. Giancarlo Pizza	X	
Vice Presidente	Dott. Andrea Dugato	X	
Segretario	Dott. Vittorio Lodi	X	
Tesoriere	Dott. Oscar Fini	X	
Consigliere	Dott.ssa Margherita Arcieri	X	
Consigliere	Dott. Franco Benetti	X	
Consigliere	Prof. Luigi Bolondi		X
Consigliere	Dott. Eugenio Roberto Cosentino		X
Consigliere	Dott.ssa Anna Esquilini		X
Consigliere	Dott. Giuseppe Iafelice	X	
Consigliere	Dott. Salvatore Lumia	X	
Consigliere	Prof. Maurilio Marcacci	X	
Consigliere	Dott. Massimo Masotti	X	
Consigliere	Prof. Stefano Pileri		X
Consigliere	Dott.ssa Giuliana Schlich	X	
Consigliere	Dott. Corrado Bondi	X	
Consigliere	Dott. Giovanni Rubini	X	

Sono presenti n. 13 Consiglieri, assenti n. 4

Il Presidente, preso atto della sussistenza del numero legale, dichiara aperta la seduta.

IL CONSIGLIO DIRETTIVO

- Esaminato il documento predisposto dalla Commissione Medico Legale in ordine ad una all'impossibilità di delegare atti medici agli infermieri;
- Tenuto conto che detto documento è già stato inviato ai componenti il Consiglio Direttivo e che al riguardo non sono sorte obiezioni e/o richieste di modifiche;
- Ritenuto pertanto opportuno procedere ad una sua formale approvazione affinchè detto documento diventi espressione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Bologna;
- Tutto ciò premesso;
- All'unanimità

DELIBERA

- L'approvazione del documento predisposto dalla Commissione Medicina legale che viene allegato alla presente deliberazione costituendone parte integrante.

COMMISSIONE MEDICINA LEGALE

VALUTAZIONE DI ISTRUZIONI OPERATIVE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI MONTECATONE:
"SPECIFICHE DIREZIONE ASSISTENZIALE INFERMIERISTICA TECNICA E DELLA RIABILITAZIONE "DOC07/D DEL 5.10.2018" "REGOLAMENTO UNITA' OPERATIVA ASSISTENZIALE DEGENZE SPECIALISTICHE DOC07-E del 20.5.2013." (Allegate)

In premessa si vuol ribadire alcuni concetti già espressi in un precedente parere della Commissione Medicina legale dell'Ordine a proposito della problematica relativa alle procedure infermieristiche del sistema emergenza territoriale 118.

Al riguardo è stato più volte precisato che i criteri limite delle competenze proprie della professione infermieristica previsti dall'art. 1, L. 42/1999 e dall'art. 1, primo comma, L. 251/2000 sono esplicitati dalla legge laddove si precisa *"fatte salve le competenze previste per le professioni mediche"*. Vale a dire che alla professione infermieristica non possono essere attribuite competenze mediche. Ben diverse, invero, sono le competenze del personale infermieristico desumibili dal D.M. n. 739 del 1994 (concernente la definizione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere), che tuttavia riconosce la professionalità autonoma ed individuale dell'infermiere. Infatti, pur nell'ambito di attribuzioni caratterizzate da maggiore flessibilità e da specifiche conoscenze necessarie per compiere determinati atti, un ruolo centrale, insostituibile e non delegabile, spetta al medico il cui presupposto fondamentale e qualificante resta la diagnosi, la diagnosi differenziale e la prescrizione terapeutica. La diagnosi patologica, quale importante, delicato e preliminare atto professionale, infatti, rimane ad esclusivo appannaggio del medico, essendo propedeutica a qualsivoglia attività terapeutica.

Il documento firmato dal Dr. Augusto Pagani (Presidente FREROM) e approvato nella seduta del 25 luglio 2016 è del tutto condivisibile laddove si appalesano perplessità e timori inerenti una organizzazione dell'assistenza sanitaria che preveda l'attuazione di percorsi di diagnosi e cura assegnati attraverso validazione di "taluni protocolli" che siano affidati non più soltanto a medici ma a personale infermieristico, di fatto allargando le competenze in campo sanitario a

quelle figure professionali impiegate in ambito sanitario, ma non in possesso della laurea in medicina e chirurgia. In particolare, si afferma, che nella Emergenza Urgenza Territoriale c'è un ruolo per l'infermiere adeguatamente addestrato ed un ruolo per il medico adeguatamente addestrato, ed è estremamente importante che medici ed infermieri implementino la loro formazione per fornire una assistenza qualificata ai cittadini: è quindi del tutto condivisibile che gli infermieri vengano addestrati alla esecuzione di procedure assistenziali salvavita, verificate ed accreditate, da eseguire in assenza del medico; questo non deve però legittimare la predisposizione di procedure operative che autorizzino l'infermiere ad eseguire manovre salvavita in un contesto che non rispetta i parametri previsti dalle vigenti leggi per l'organizzazione della rete di Emergenza Territoriale. Viene affermato ancora in tale documento, che l'anamnesi ed il rilievo di segni e sintomi clinici, così come previsti da alcuni Algoritmi infermieristici avanzati, configurano una vera e propria visita clinica, cioè un atto medico. In aggiunta si afferma che le valutazioni di diagnostica differenziale presenti nel documento, pur guidate da un percorso a passaggi successivi, ognuno dei quali verificato e validato con un medico di riferimento per via telefonica, rischiano di comportare la formulazione di una diagnosi attraverso la valutazione di dati clinici e sintomi non raccolti personalmente da chi, per legge, è il solo autorizzato a "porre diagnosi" e di conseguenza responsabile sotto il profilo civile e penale.

Il problema della emissione di una diagnosi da parte di un medico in assenza del paziente è sicuramente contra legem e non conforme ad una buona pratica medica. Va ricordato, infatti, che la diagnosi consiste nella identificazione di quadri nosologicamente definiti, attuata attraverso una metodologia clinica basata sulla rilevazione di segni e sintomi per mezzo dell'anamnesi, del colloquio e dell'esame clinico obiettivo. La rilevazione dei sintomi e dei disturbi del paziente, la scrupolosa indagine obiettiva, l'accurato accertamento anamnestico-clinico, la specifica metodologia d'indagine, tutto ciò consente di porre una diagnosi medica e formulare una diagnosi differenziale (conoscenza attraverso i sintomi) ponendo l'evidenza di una eventuale patologia d'organo, considerando la coerenza tra i disturbi lamentati e rilevati nel paziente ed il sospetto diagnostico. Ciascun specifico atto, di per sé, può trarre in inganno l'accertatore se in costui mancano le specifiche competenze che, a nostro avviso, solo il medico può avere per la sua formazione professionale. Ad ogni modo riteniamo pure, nell'ipotesi in cui la procedura accertativa risulti errata ed il paziente ne subisca un danno, che il medico non potrà

essere esente da responsabilità in quanto imprudentemente ha affidato (delegato) ad altri il rilievo di indagini di sua esclusiva competenza.

Con riferimento, infine, alla lettera firmata dal Presidente Regionale SNAMI, Dr.ssa Elisabetta Simoncini a proposito delle "procedure infermieristiche 118 – Contenuti della Formazione a Distanza", si può affermare che le stesse procedure, per come riferito nelle pagine precedenti, destano anche in noi perplessità per i motivi più volte richiamati. Se, infatti, è certo che coloro che si cimentano in tali difficili e complesse procedure debbano possedere una specifica competenza professionale, essere costantemente aggiornati e seguire adeguate linee guida e protocolli, altrettanto non accettabile è che il medico venga completamente estromesso da siffatte procedure per le quali, per legge, è esclusivamente abilitato. In altri termini, l'attività infermieristica non può essere sostitutiva, ma al più anticipatoria e integrativa di quella medica e l'intervento del medico non può essere discrezionale sulla base delle valutazioni dell'infermiere.

A proposito del Documento approvato in Delibera e diffuso dalla Regione Emilia Romagna, il Dr. Corrado Cipolla D'Abruzzo in uno specifico resoconto a cui si rinvia per i dettagli ritiene tale delibera non accettabile per i medici e non accettabile per i pazienti del cui interesse i medici hanno il dovere di essere custodi e garanti, precisando pure che quanto è scritto nel Codice di Deontologia medica è l'unica realtà oggettiva e positiva da rispettare nell'interesse dei pazienti e della dignità professionale; come pure è l'unica normativa esistente che esprime al meglio il compito sociale dei medici. Il Collega membro della Commissione ordinistica Medicina legale ritiene che il "Regolamento Unità Operativa-assistenziale degenze specialistiche" ha contenuti non condivisibili in quanto la "gestione" (direzione) della Sanità pubblica è affidata non più al Medico, bensì al personale infermieristico, affermandosi all'inizio della delibera che in certi casi "non è prevista la presenza del Medico di Reparto". Ci si chiede, infatti, chi accetta e controlla i pazienti e ne stabilisce le necessità cliniche e quelle specialistiche, provvedendovi magari in urgenza, con precisi orientamenti diagnostici. Poi si legge non condivisibilmente che i pazienti verranno collocati in aree "in base alla criticità del caso e al conseguente livello di complessità assistenziale", dichiarando che non ci saranno più i Reparti sulla base della disciplina, ma "aree" denominate "piattaforme logistiche". All'infermiere "è affidata la gestione assistenziale per tutto il tempo del ricovero….".

La allegata sentenza del TAR Umbria (10.1.2016) ribadisce che il d.lgs n. 502 del 1992 (art. 15) pone la responsabilità dell'organizzazione

di tutto il personale sanitario in capo ai medici dirigenti di struttura complessa e che il ruolo del medico rimane quello di operatore principale della tutela della salute del cittadino/paziente. In riferimento alla confusione di ruoli tra personale medico e infermieristico conseguente alla tendenziale separazione tra attività clinica ed attività assistenziale così si esprime[1]: tale modello (vedi infra sub 1) non appare coerente con il quadro normativo di riferimento, preordinato, anche nell'assetto organizzatorio, alla tutela del diritto alla salute dell'individuo/paziente, che richiede l'intervento coordinato (e non temporalmente disgiunto) del medico e dell'infermiere. Il personale medico non può operare "a distanza", in quanto altrimenti ciò dovrebbe determinare una traslazione delle responsabilità, non consentita dall'ordinamento. Non a caso il dato normativo attribuisce al medico la funzione di direzione ed organizzazione della struttura (lo esplicita all'art. 15, comma 6, con riferimento ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa, ma si tratta di un principio di portata generale) al precipuo scopo di garantire l'appropriatezza degli interventi.

Del resto la giurisprudenza della Suprema Corte su tale punto appare molto chiara e precisa. Se, infatti, un'attività è esclusivamente medica, questa non può essere svolta, neppure per delega, da altri professionisti della salute in quanto esiste una sorta di esclusività dell'esercizio professionale.

IL COORDINATORE COMMISSIONE MEDICINA LEGALE

Prof. DOMENICO VASAPOLLO

---

[1] Concettualmente al primo (attività clinica) compete la gestione del percorso terapeutico e clinico del paziente, al secondo (attività assistenziale) la gestione assistenziale; nell'UDI si ha che la struttura organizzativa afferisce al Dipartimento delle Professioni Sanitarie e che il paziente post-acuto è gestito dal responsabile della posizione organizzativa (nel regolamento di attività si fa riferimento all'equipe assistenziale), pur essendovi la presenza sussidiaria del medico di riferimento per le attività di competenza specifica e la possibilità, da parte del responsabile della posizione organizzativa, di contattare il medico di guardia della struttura inviante, E' espressamente affermato dall'art. 2 del regolamento di attività che rientra nella responsabilità infermieristica "il rapido riconoscimento dei sintomi a rischio evolutivo".

REGOLAMENTO

UNITA' OPERATIVA ASSISTENZIALE

DEGENZE SPECIALISTICHE

DATA	AUTORIZZAZIONI		
	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
20-05-2013	Gruppo di Lavoro coordinato da: Dir. Area Assistenziale Riabilitativa N. Cava Coordinatori M. Spada, S. Ranuzzi	Coord. Servizio Qualità Accreditamento F. Lorenzini	Direttore Generale A. Cavina Direttore Sanitario R. Pederzini

INDICE

0. PREMESSA 3
1. MISSION 5
2. PRINCIPALI PRESTAZIONI FORNITE 5
3. RESPONSABILITA' 6
4. PIANIFICAZIONE 9
5. PRINCIPALI FASI DEL PERCORSO ASSISTENZIALE RIABILITATIVO 10
5. COMUNICAZIONE 12
6. GESTIONE TECNOLOGIE 12
7. FORMAZIONE E CLINICAL COMPETENCE 12
8. GESTIONE DATI E DOCUMENTI 13
9. GESTIONE VERIFICHE 13
10. GESTIONE MIGLIORAMENTO 14
11. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 16

0. PREMESSA

In un quadro generale in costante movimento, la sanità esige un continuo aggiornamento e adeguamento dell'organizzazione delle aziende sanitarie ai cambiamenti che si realizzano a livello istituzionale e legislativo, così come nell'ambiente sociale di riferimento, nella sfera politica, tecnologica e scientifica, nonché nei valori e nelle relazioni tra le professioni.
L'insieme delle pressioni esercitate da questi fattori determina l'esigenza di ri-progettare l'assetto organizzativo delle aziende sanitarie in tutte le loro componenti: struttura organizzativa, meccanismi operativi e sistema delle competenze e dei valori.
Nell'ambito dell'assistenza globale e personalizzata, gli utenti, parte attiva nel loro percorso di salute e malattia, sono sempre più attenti ed esigenti e le organizzazioni, per dare risposta ai loro bisogni, necessitano sempre più, oltre che di tecniche e tecnologie avanzate, di professionisti competenti ed aggiornati, con una spiccata propensione alla cura della relazione.
Nell'ambito di un Servizio Sanitario il cui funzionamento, a livello sia nazionale sia regionale, richiama sempre con maggiore frequenza concetti di qualità, appropriatezza, efficacia ed efficienza, nasce, non solo per dettati legislativi, ma anche come necessità sentita dai professionisti, l'esigenza di migliorare i livelli di capacità di lettura e di risoluzione dei bisogni individuali di salute.
Per garantire l'appropriatezza delle cure e l'utilizzo efficace delle risorse, è necessario trovare modelli di incremento della qualità dei servizi e di controllo dei costi. In questa ottica, tre possono essere gli strumenti di gestione attraverso i quali raggiungere tali obiettivi:

- L'attuazione del modello organizzativo assistenziale del Case Management
- La definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali specifici
- Organizzazione dell'assistenza per intensità di cure

L'attuazione del modello organizzativo assistenziale del Case Management
La *Case Management Society of America* nel 1995 definisce il case management come il "p*rocesso di collaborazione che valuta, pianifica, attua, coordina, verifica le opzioni e i servizi richiesti per soddisfare i bisogni di benessere di un individuo, utilizzando le risorse disponibili per promuovere la qualità e contenere i costi.*
Il Case Management si pone come obiettivo la riduzione dei costi e dei tempi di degenza, come pure il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza sanitaria. Tale metodologia si basa sul coordinamento e l'utilizzo di risorse adeguate, sull'appropriatezza degli interventi e sul monitoraggio dei risultati raggiunti.
Il *case manager* è dunque un professionista in grado di leggere, approfondire e valutare i bisogni della persona, condividendo e coordinando risposte soddisfacenti, in una logica di presa in carico globale del paziente. Deve saper pianificare l'assistenza, i servizi e le attività ed organizzare le risorse disponibili al fine di perseguire gli obiettivi definiti e condivisi nel percorso di cura.
Egli interviene, sulla base di una chiara concezione della persona nel suo complesso e dei risultati da raggiungere, assicurando un servizio multidisciplinare centrato sul paziente, la sua famiglia e le loro esigenze, piuttosto che solo sull'organizzazione ed i bisogni del sistema stesso.
Il *case manager* progetta e realizza piani di assistenza individualizzati, promuove la presa in carico globale della persona, favorendo la programmazione e la realizzazione di azioni coordinate tra i diversi attori del progetto, garantendo la continuità assistenziale.
La sua operatività può essere immaginata come un circolo continuo di attività di

- ricognizione iniziale dei bisogni del paziente (*assessment*)
- progettazione dei piani assistenziali individualizzati
- monitoraggio delle attività
- valutazione dei risultati raggiunti
- ridefinizione dei bisogni

in cui costantemente il *case manager* dovrà coordinare interventi e attività, garantendo il migliore utilizzo possibile delle risorse (efficacia ed efficienza).
Nelle realtà ove si adotta il modello del Case Management non è prevista la presenza del medico in reparto; ciò non toglie che ogni paziente abbia un medico di riferimento in funzione o del reparto di provenienza o della patologia prevalente. In entrambe le situazioni, tale medico ha la responsabilità clinica del paziente.

Tale modello trova applicazione all'interno di contesti in cui l'assistenza ospedaliera è organizzata per intensità di cure, ove le unità operative non sono pensate in ragione della patologia e della disciplina medica per la sua cura, ma organizzate in aree che aggregano i pazienti in base alla criticità del caso e al conseguente livello di complessità assistenziale.

Definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali specifici
La complessità insita nel percorso di cura può creare condizioni favorenti la variabilità, i difetti di congruità, di continuità e scarsa integrazione che, peraltro, facilitano la possibilità di errore. Per superare questo rischio, è necessario identificare uno strumento metodologicamente standardizzato che definisca l'operatività di tutte le strutture coinvolte, specificando:

- gli obiettivi
- i ruoli e le funzioni
- i tempi
- gli ambiti di intervento dei professionisti

I percorsi possono essere pensati come la sequenza temporale e spaziale più appropriata possibile, sulla base delle conoscenze tecnico- scientifiche e delle risorse professionali (con le relative competenze) e tecnologiche a disposizione, delle attività da svolgere per risolvere i problemi di salute del paziente.
Rappresentano la contestualizzazione delle Linee Guida, relative ad una patologia/ problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa di una azienda sanitaria. Sono strumenti che, in riferimento a problemi specifici, permettono di delineare il miglior percorso praticabile all'interno dell'organizzazione.
Il percorso è uno strumento tecnico - gestionale che si propone di garantire

- la riproducibilità delle azioni
- l'uniformità delle prestazioni erogate
- la riduzione dell'elemento straordinario
- lo scambio di informazioni
- la comprensione dei ruoli
- l'ottimizzazione delle risorse a disposizione
- nel contempo consente
- un costante adattamento alla realtà specifica
- una continua verifica degli aggiornamenti e dei miglioramenti

Organizzazione dell'assistenza per intensità di cura
Questo terzo aspetto trova forza e supporto, nonché traduzione operativa, nei due strumenti sopra descritti.
Il concetto si basa sul principio per cui l'Ospedale non è strutturato in reparti o UO in base alla patologia o alla disciplina medica, ma organizzato in aree, denominate "piattaforme logistiche di ricovero", che aggregano i pazienti in base alla maggiore o minore gravità del caso e al conseguente livello di complessità assistenziale.
L'Ospedale per intensità di cura supera il concetto di UO per garantire la più completa integrazione delle diverse competenze professionali necessarie per trattare i diversi bisogni assistenziali di pazienti riuniti in una stessa piattaforma e dunque con analogo livello di bisogno assistenziale. Al medico maggiormente correlato al problema (o, nel nostro caso, al percorso specialistico) resta in capo la responsabilità di tutto il percorso diagnostico e terapeutico; all'infermiere è affidata la gestione assistenziale per tutto il tempo del ricovero.
È necessario operare una distinzione tra severità clinica ed il concetto di complessità assistenziale. Classicamente, ad indicare la configurazione dell'organizzazione ospedaliera è innanzitutto la componente clinica che, una volta stabilita attraverso strumenti di valutazione, orienterà il paziente ad un preciso livello nel quale riceverà le cure necessarie secondo uno specifico grado di intensità.
Dato il grado di intensità richiesto, a costituirsi come variabile del processo è la parte assistenziale la quale deve essere intesa come entità flessibile in grado di adattarsi alle specificità delle situazioni. Fare della codifica dell'intensità clinica una componente stabile dell'organizzazione significa implementare lo schema di ammissione alle cure, filtro indispensabile allo sviluppo corretto del percorso.
L'integrazione tra le professioni, mediche e non mediche, nell'ambito di questo modello di gestione, consente il passaggio dalla cura della singola fase ad una vera e propria presa in carico totale del paziente.

1. MISSION

L'**Unità Operativa Assistenziale Degenze specialistiche** è un progetto sperimentale che accoglie appieno:

- quanto in discussione in sede di Conferenza Stato Regioni in merito alla ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere;
- il PSN 2012- 2014 che prevede lo sviluppo di nuove competenze e responsabilità da parte delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecniche e della prevenzione consolidando quanto già in atto nel nostro Paese ed uniformandosi agli altri sistemi europei;
- la normativa di riferimento inerente l'evoluzione e lo sviluppo delle professioni sanitarie e dei corrispondenti livelli di autonomia e responsabilità.

La Unità Operativa Assistenziale vuole dare risposta alle **specifiche esigenze dei pazienti mielolesi e cerebrolesi post acuti**, in considerazione dei seguenti elementi:

- nell'ambito di un complessivo invecchiamento della popolazione, l'aumento dell'aspettativa di vita esporrà maggiormente i soggetti affetti da grave disabilità al rischio di complicanze,
- la conoscenza della patologia permette di individuare quali sono le complicanze che si presentano con maggior frequenza nell'arco della vita dei soggetti membri della popolazione di riferimento: LDP, dolore, spasticità, retrazioni muscolo tendinee, disturbi a carico dell'apparato uro- intestinale,
- le conseguenze che tali complicanze possono avere sulla qualità della vita di questi soggetti e delle loro famiglie e sui costi a carico del SSN, rende necessaria la progettazione di percorsi diagnostico-terapeutico- assistenziali specifici che garantiscano una presa in carico precoce, l'utilizzo appropriato delle risorse e l'ottimizzazione dei tempi di degenza,
- alcuni interventi a completamento del progetto riabilitativo e finalizzati al raggiungimento della massima autonomia possibile in funzione del livello di lesione, devono essere eseguiti a distanza dall'evento acuto. In questo ambito, si colloca la possibilità di intervenire chirurgicamente sull'arto superiore del paziente tetraplegico per implementarne la funzionalità

2. PRINCIPALI PRESTAZIONI FORNITE

L'Unità Operativa Assistenziale **Degenze specialistiche**, ubicata presso il Piano Primo Lato A dell'Ospedale di Montecatone, ha una capacità ricettiva di **22 posti letto** ed **accoglie pazienti mielolesi e cerebrolesi post acuti che necessitano di trattamenti specifici in seguito all'insorgenza di complicanze.**
I pazienti in essa ricoverati presentano una severità clinica bassa/ medio- bassa ed una complessità assistenziale variabile, in funzione del mix di pazienti.

I posti letto del reparto sono così dedicati, in numero variabile in funzione di liste di attesa diversificate per le differenti tipologie di pazienti, ai seguenti **percorsi**:

- **lesioni da pressione con indicazione o meno alla chirurgia riparativa,**
- **AA.II. - poliosteoartropatie e retrazioni tendinee con indicazione chirurgica,**
- **chirurgia funzionale dell'arto superiore,**
- **problematiche neurourologiche,**
- **problematiche gastrointestinali neurogene,**
- **spasticità,**
- **dolore neuropatico.**

Per ognuna delle complicanze elencate è descritto un percorso clinico e organizzativo di riferimento che comprende al suo interno, quale parte integrante dello stesso, i protocolli già in uso a MRI, validati dalla Direzione Aziendale.

Ad ogni percorso è assegnato:

- un medico di riferimento, responsabile clinico del caso e del progetto riabilitativo ad esso riconducibile;
- un infermiere di riferimento (case manager) per lo sviluppo del percorso con la responsabilità organizzativa delle diverse fasi e dell'aggiornamento delle attività programmate in riferimento agli obiettivi raggiunti. Tale referente, unico per tutti i percorsi individuati, dovrà garantire la continuità della presa in carico ed il coordinamento tra i diversi interventi ed essere il riferimento per i pazienti (e la famiglia), il team e gli interlocutori esterni alla struttura.

3. RESPONSABILITA'

È una Unità Operativa Semplice Dipartimentale la cui responsabilità afferisce:

- Al Direttore del Dipartimento per la corretta applicazione del modello organizzativo, per la gestione complessiva del reparto e delle relazioni tra lo stesso e le altre UU.OO. di MRI.
- Al Responsabile dell'Area Assistenziale e Riabilitativa per quanto attiene agli aspetti organizzativo- gestionali delle attività di reparto;
- Al Medico referente di ogni singolo percorso per i pazienti in carico per quanto attiene gli aspetti clinici dello stesso;
- Al Medico Primario di MRI quale responsabile del medico referente del percorso assegnato alla propria UO/ Area;
- Al Direttore del Programma Abilitazione e Vita Indipendente per quanto attiene le attività riconducibili al Programma stesso.

MEDICI DI RIFERIMENTO DEI PERCORSI

Per ognuno dei percorsi sopra indicati sono individuati uno o più medici di riferimento, assegnati alle diverse unità operative di MRI:

- lesioni da pressione con indicazione o meno alla chirurgia riparativa
- AA.II. - poliosteoartropatie e retrazioni tendinee con indicazione chirurgica
- chirurgia funzionale dell'arto superiore nei soggetti affetti da tetraplegia
- problematiche neurourologiche
- problematiche gastrointestinali neurogene
- spasticità
- dolore neuropatico

Ove fossero individuati più medici:

- il primo nominativo, evidenziato in grassetto, è da considerarsi il riferimento maggiormente esperto all'interno del percorso ma non per questo preferenziale;
- è compito dei professionisti garantire la continuità del percorso, quindi la presenza ai momenti di incontro e secondo le modalità di presa in carico definite.

I medici di riferimento del percorso devono comunicare via e mail ai professionisti del reparto la loro assenza dal servizio e fornire chiare e tempestive indicazioni rispetto alla sostituzione a garanzia della continuità della presa in carico.

Il medico di riferimento del percorso (d'ora in poi *medico di riferimento*) ha la responsabilità clinica dei pazienti in carico e deve garantire:

- la registrazione della presa in carico e di ogni valutazione/ attività sulla cartella clinica integrata;
- l'aggiornamento della scheda di terapia;
- la valutazione delle consulenze necessarie alla gestione corretta del percorso;
- il confronto con i consulenti attivati;
- l'applicazione delle procedure/ protocolli in uso presso MRI per quanto di competenza e per quanto richiesto dal percorso;
- la partecipazione ai momenti di incontro programmati;
- la prescrizione degli ausili necessari;
- la stesura della lettera di dimissione integrata;
- la chiusura della cartella clinica.

INFERMIERE CASE MANAGER

L'infermiere case manager è un professionista non inserito nell'erogazione delle attività assistenziali e svolge un ruolo di coordinamento rispetto alle diverse fasi del percorso ed ai professionisti chiamati ad intervenire; garantisce:

- la pianificazione e gestione dell'accoglienza e della prima presa in carico;
- la pianificazione di tutte le attività previste dallo sviluppo del percorso;
- la registrazione della presa in carico e di ogni valutazione/ attività sulla cartella clinica integrata;
- la valutazione costante del rispetto dei tempi e delle modalità di intervento previste dai percorsi;
- l'applicazione delle procedure/ protocolli in uso presso MRI per quanto di competenza del gruppo infermieristico e per quanto richiesto dal percorso;
- la partecipazione ai momenti di incontro programmati;
- la corretta gestione della dimissione in particolare per quanto attiene: necessaria educazione al paziente ed ai famigliari, adeguata comunicazione, rispetto dei tempi previsti dai singoli percorsi;
- la stesura della lettera di dimissione integrata;
- la verifica della completezza della documentazione sanitaria, periodicamente durante il ricovero ed al momento della dimissione.

L'infermiere CM deve comunicare via e mail ai medici referenti dei percorsi la propria assenza dal servizio e fornire chiare e tempestive indicazioni rispetto alla sostituzione a garanzia della continuità della presa in carico.

INFERMIERE REFERENTE

È l'infermiere che si occupa dell'organizzazione delle attività del reparto e che garantisce:

- organizzazione delle attività secondo quanto previsto nei piani di lavoro
- gestione dell'ordine di servizio per far fronte alle assenze impreviste
- gestione degli ordini di farmaci e presidi
- gestione noleggio presidi antidecubito
- supporto al coordinatore nella gestione delle presenze del personale
- supervisione sull'utilizzo delle attrezzature e sul loro funzionamento

- comunicazione e collaborazione con il servizio qualità ed il referente appalti
- supervisione e verifica attività ristorazione e pulizie
- gestione e comunicazione per quanto riguarda attività servizio guardaroba e parrucchiera

FISIOTERAPISTA REFERENTE

È il FT che si occupa dell'organizzazione delle attività del reparto e che garantisce:

- l'accoglienza del paziente all'ingresso e l'assegnazione ad un FT di riferimento;
- l'organizzazione delle attività secondo quanto previsto nei piani di lavoro;
- l'organizzazione e l'applicazione dei protocolli di trattamento in uso a MRI per lo svolgimento dei percorsi;
- la supervisione sull'utilizzo delle attrezzature e sul loro funzionamento;
- la comunicazione e collaborazione con il servizio qualità ed il referente appalti;
- la valutazione costante del rispetto dei tempi e delle modalità di intervento previste dai percorsi;
- l'applicazione delle procedure/ protocolli in uso presso MRI per quanto di competenza del gruppo dei FT e per quanto richiesto dal percorso;
- la partecipazione ai momenti di incontro programmati;
- la corretta gestione della dimissione in particolare per quanto attiene: necessaria educazione al paziente ed ai famigliari, adeguata comunicazione, rispetto dei tempi previsti dai singoli percorsi.

FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO DEL PAZIENTE

Al momento dell'ingresso in reparto, ad ogni paziente per il quale sia necessaria ed indicata una presa in carico riabilitativa, viene assegnato un fisioterapista di riferimento che garantisce:

- la valutazione in ingresso secondo scale di valutazione validate e con modalità specifiche come previsto dai singoli percorsi;
- la partecipazione attiva alla definizione del progetto riabilitativo;
- l'attuazione dei programmi necessari al raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto;
- la valutazione degli ausili e delle autonomie;
- l'addestramento del paziente e/o dei care giver nella gestione delle autonomie;
- la registrazione della presa in carico e di ogni valutazione/ attività sulla cartella clinica integrata;
- l'applicazione delle procedure/ protocolli in uso presso MRI per quanto di competenza del gruppo infermieristico e per quanto richiesto dal percorso;
- la stesura della lettera di dimissione integrata.

PROFESSIONISTI DEL REPARTO

Gli OSS e gli Infermieri del reparto partecipano attivamente per quanto di competenza e secondo le modalità previste dai singoli percorsi, dai piani di lavoro e dal presente documento al fine di raggiungere gli obiettivi previsti dal ricovero nei tempi prestabiliti.

I professionisti del percorso, per le rispettive competenze e secondo quanto previsto dai documenti specifici e dalle procedure/ protocolli in uso a MRI, attivano al bisogno:

- il Servizio Ausili e la Terapia Occupazionale
- i professionisti del Programma Abilitazione e Vita Indipendente
- le consulenze clinico - diagnostiche
- le consulenze medico- specialistiche
- il supporto psicologico di MRI avendo a riferimento lo psicologo "senior" (in caso di pazienti già abbiano usufruito del supporto psicologico nel corso di precedente ricovero a MRI, sarà, possibilmente, garantita continuità con lo stesso professionista)

e tutti gli interventi che, previsti dagli accordi e dalle convenzioni in essere, si rendano necessari per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal percorso e secondo le procedure/ protocolli validati.

Criteri di sostituzione responsabili ed operatori

I criteri utilizzati per sostituire i diversi professionisti sono i seguenti:
- Medico di riferimento del percorso: garantita la continuità all'interno del team individuato;
- Coordinatore Area Assistenziale: sostituito da infermiere referente;
- Coordinatore Area Riabilitativa: sostituito da altro Coordinatore Area Riabilitativa specificato nella comunicazione di assenza;
- Responsabile dell'Area Assistenziale Infermieristica e Riabilitativa: sostituito dai Coordinatori dell'Area Assistenziale Infermieristica e Riabilitativa;
- Infermiere Case Manager: sostituito da infermiere referente
- Infermiere Referente: sostituito da infermiere diurnista
- Fisioterapista referente: sostituito da altro FT di palestra

Come già indicato in precedenza si sottolinea che i medici di riferimento di percorso devono comunicare via e mail ai professionisti del reparto la loro assenza dal servizio e fornire chiare e tempestive indicazioni rispetto alla sostituzione a garanzia della continuità della presa in carico.

4. PIANIFICAZIONE

Obbiettivi generali
Gli Obiettivi Generali che la struttura intende perseguire, in stretta relazione con gli indirizzi prioritari definiti dall'Azienda, sono riconducibili ai seguenti punti:
- garantire agli utenti l'accesso ad una assistenza adeguata ai loro bisogni, secondo criteri di uniformità ed equità
- garantire l' informazione sulle attività e i risultati ad operatori ed utenti
- assicurare attenzione alla valutazione della qualità percepita dagli utenti
- ottimizzare l'impiego delle risorse assegnate
- garantire agli operatori opportunità di aggiornamento e formazione per lo sviluppo professionale
- assicurare una gestione del rischio clinico e organizzativo

garantire le attività di valutazione e miglioramento attraverso gli strumenti messi a disposizione dalla

Piano delle Attività
Il piano delle attività della struttura viene elaborato tenendo conto delle indicazioni della Direzione Aziendale, il piano annuale delle attività comprende:
- la tipologia di **prestazioni offerte** e gli standard da garantire (**catalogo e standard di prodotto)**
- gli **obiettivi specifici** da conseguire, anche in riferimento agli standard di prodotto definiti con definizione delle responsabilità per il raggiungimento
- i **punti e le modalità di verifica** da adottate e i relativi indicatori
- i **piani organizzativi**

Catalogo dei prodotti/ Standard di prodotto
La U.O. considera come prodotti il risultato dei propri processi assistenziali-riabilitativi. Per sostenere le responsabilità ad essa delegate la struttura ha individuato alcuni prodotti particolarmente significativi per la connotazione dell'attività svolta. L'individuazione degli standard è stata effettuata nell'ottica di rendere evidenti e trasparenti i livelli di "performace" delle principali situazioni cliniche ed organizzative. Si sono considerate le raccomandazioni che si evincono dalle Linee guida e dalle migliori evidenze disponibili, tale approccio ha consentito di individuare gli indicatori più appropriati a misurare l'efficacia dei processi.

Standard di prodotto
All'interno dei prodotti che la struttura mette a disposizione dei propri utenti, si sono individuate quelle caratteristiche che rappresentano elementi qualificanti del prodotto stesso, cercando di definirle nell'ambito di ciò che è nelle aspettative dell'utente (Qualità percepita), in ciò che qualifica il prodotto dal punto di vista del professionista e dell'efficacia dei risultati conseguiti (Qualità professionale), senza tralasciare elementi che sono nelle aspettative dell'Azienda che è orientata a coniugare costantemente le attese degli utenti con la ottimizzazione delle risorse disponibili (Qualità organizzativa). La definizione delle caratteristiche, delle relative misure/indicatori e dei livelli di qualità garantiti sono riportati nel documento "Standard di prodotto e indicatori monitorati".

Obiettivi specifici
Il processo di pianificazione annuale prevede la negoziazione degli obiettivi e delle risorse tra la Direzione aziendale e la Unità Operativa. Gli obiettivi di breve periodo, comprendenti gli obiettivi specifici per la qualità, sono riportati nel documento "Piano Obiettivi" , gli obiettivi sono definiti in relazione alle attività svolte e alle risorse disponibili.

5. PRINCIPALI FASI DEL PERCORSO ASSISTENZIALE RIABILITATIVO

FASE	ATTIVITA'	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO
Visita filtro	Valutazione pre-ricovero nel quale il medico di riferimento del percorso, a seguito di una accurata visita e raccolta di informazioni, propone il ricovero in regime ordinario presso l'UO, fornendo chiare indicazioni sul percorso specifico. Il medico di riferimento compila la "Scheda di segnalazione ricovero" e la consegna all'Ufficio Programmazione Ricoveri e Dimissioni.	PP47 Gestione pazienti nella U.O. degenze specialistiche
Liste di attesa e pianificazione dei ricoveri	Il Coordinatore Infermieristico, dopo condivisione con i medici di riferimento dei percorsi ed in considerazione della numerosità delle liste di attesa, pianifica gli ingressi.	PP47 Gestione pazienti nella U.O. degenze specialistiche
Accoglienza	Accettazione da parte dell'Ufficio Programmazione Ricoveri e Accoglienza in reparto da parte dell'Infermiere CM	PP47 Gestione pazienti nella U.O. degenze specialistiche PP30 Gestione Accoglienza
Assistenza al paziente	I diversi operatori pianificano, attuano e verificano che siano messe in atto tutte le azioni previste dai protocolli in uso	PP47 Gestione pazienti nella U.O. degenze specialistiche PP09 Farmaci e stupefacenti PP15 Gestione Ausili PP07 Gestione emergenze cliniche
Attivazione delle consulenze	Il medico di riferimento da l'indicazione per l'attivazione di specifiche consulenze utili allo svolgimento del piano di trattamento. L'attivazione della TO, del Servizio Ausili e del Servizio Logopedia può essere effettuata, dopo condivisione con il medico di riferimento, dal FT di riferimento del paziente o dal FT referente di palestra.	PP47 Gestione pazienti nella U.O. degenze specialistiche
Garanzia della continuità	La presenza del medico referente del percorso è garantita all'interno di MRI dal	PP47 Gestione pazienti nella U.O. degenze specialistiche

FASE	ATTIVITA'	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO
	lunedì al venerdì secondo gli orari previsti dai turni di riferimento comunicati settimanalmente ai professionisti dell'UO.	
Trasferimento dei pazienti ad altri reparti	L'opportunità di trasferire il paziente viene condivisa tra l'Infermiere CM e il medico di riferimento del percorso (o l'infermiere e il medico di guardia), anche in ragione della stabilità clinica.	PP47 Gestione pazienti nella U.O. degenze specialistiche
Letto fluidizzato	L'UOA Degenze Specialistiche ha in dotazione un letto fluidizzato per accogliere, come da protocollo, i pazienti operati, secondo le indicazioni di priorità fornite dal medico chirurgo plastico.	PP47 Gestione pazienti nella U.O. degenze specialistiche
Gestione Cartella clinica integrata	Nell'UO Assistenziale Degenze Specialistiche si ritiene elemento centrale a garanzia dello svolgimento del percorso la corretta e puntuale comunicazione tra tutti i professionisti coinvolti e la registrazione di ogni intervento.	PP47 Gestione pazienti nella U.O. degenze specialistiche PP10 Gestione documentazione sanitaria
Permessi per il fine settimana	Il medico di riferimento dopo avere valutato le condizioni cliniche del paziente ed avere considerato il suo progetto riabilitativo globale personalizzato in condivisione con l'equipe riabilitativa, registra sul diario di gestione permessi della Cartella clinica integrata la presenza di tutte le condizioni necessarie per il permesso, esprimendo quindi il parere favorevole mediante indicazione scritta correttamente datata e firmata.	PP47 Gestione pazienti nella U.O. degenze specialistiche IO24 Istruzione Operativa "Gestione permesso pre-dimissione"
Azioni di supporto /rinforzo per l' abilitazione e vita indipendente	Sono estese ai pazienti della U.O.A. Degenze Specialistiche le azioni già previste dal Programma Abilitazione e Vita Indipendente finalizzate a sviluppare o rinforzare obiettivi di abilitazione e vita indipendente .	PP47 Gestione pazienti nella U.O. degenze specialistiche

Interfacce operative

Le principali Interfacce operative sono definite nella tabella seguente.

Area di interfaccia	Regole di Riferimento
Gestione esami (laboratori, radiologie, trasfusionale, anatomia patologica), e consulenze specialistiche: Infettivologia, Neurochirurgia, Chirurgia Mano, Ortopedia, Chirurgia vertebrale, Neurochirurgia, Urologia	Convenzione per la fornitura di prestazioni sanitarie con AUSL IMOLA e altre Aziende e Strutture sanitarie

5. COMUNICAZIONE

Comunicazione esterna
La Unità Operativa assicura l'informazione all'utenza relativamente ai servizi e alle prestazioni erogate attraverso: la partecipazione alle attività inerenti la definizione e diffusione della Carta dei Servizi e degli altri strumenti informativi promossi dall'azienda (sito internet, rivista "In Volo", ...); tramite informazioni verbali e la fornitura di "moduli/schede informative specifiche per percorso" (opuscolo informativo del reparto, consenso informato,...) per facilitare le modalità di accesso e assicurare adeguate informazioni. Tali strumenti informativi sono periodicamente aggiornati per garantire informazioni corrette.
Infine, una modalità che favorisce la partecipazione degli utenti è identificabile nelle periodiche indagini sulla qualità percepita e l'utilizzo di strumenti per la gestione dei reclami e delle segnalazioni.

Comunicazione interna
La comunicazione interna ha lo scopo di diffondere informazioni e conoscenze fra gli operatori sia per la gestione delle attività clinico-assistenziali-riabilitative quotidiane sia per favorire il loro coinvolgimento sulle scelte strategiche dell'azienda e sugli impegni assunti verso gli utenti, in termini di garanzie di qualità delle prestazioni erogate.

La comunicazione si esplica principalmente attraverso:
- Briefing giornaliero e passaggio di consegne tra gli operatori, incontri specifici di organizzazione delle attività
- Breafing settimanali specifici per percorso
- Riunioni di Reparto per affrontare problematiche organizzative e gestionali, raccogliere suggerimenti e proposte, adeguare modalità e strumenti di lavoro
- Incontri periodici tra la Direzione aziendale e la equipe per la valutazione degli obiettivi, degli andamenti, per la individuazione delle criticità e la gestione di percorsi di miglioramento

Una ulteriore modalità che facilita la comunicazione sono i gruppi di lavoro, istituiti su indicazione della Direzione aziendale, su tematiche e materie ritenute importanti, che si riuniscono secondo le esigenze dello specifico progetto affidato. I risultati di tali Gruppi portano di norma alla definizione di nuove modalità operative che sono formalizzate in protocolli e procedure che vengono poi adottate.
Gli incontri, nei quali si affrontano tematiche particolarmente rilevanti per la organizzazione e gestione della Struttura, sono documentati attraverso la redazione di un "verbale".

6. GESTIONE TECNOLOGIE

In sede di pianificazione annuale viene pianificato l'acquisto delle attrezzature, la sostituzione di apparecchiature obsolete, tenendo conto delle esigenze e delle osservazioni espresse dagli operatori della struttura.
Il fabbisogno è individuato in base a specifiche priorità rappresentate da: mantenimento del livello di prestazioni stabilito in base agli obiettivi, acquisizione e/o sostituzione di attrezzature indispensabili, nuove tecnologie necessarie per progetti di sviluppo in settori specifici o per migliorare il livello qualitativo e quantitativo delle prestazioni erogate.
Gli acquisti di nuove attrezzature e la gestione delle manutenzioni sono regolati da procedure aziendali.

7. FORMAZIONE E CLINICAL COMPETENCE

La gestione di una **formazione continua** del personale è resa necessaria dalla rapida evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie in campo sanitario.
All'interno della Unità Operativa sono stati nominati quali Referenti per la formazione i Coordinatori area Assistenziale e Fisioterapica. I Referenti della formazione concertano con la Direzione Assistenziale Tecnico e

Riabilitativo e in seguito il Responsabile aziendale per la formazione il piano annuale di formazione che entra a far parte integrante della proposta da presentare alla direzione aziendale.

I Referenti per la formazione della struttura si fanno carico di:
- raccogliere i bisogni formativi espressi dagli operatori
- supportare la organizzazione di eventi formativi specifici per la struttura
- coordinare, d'accordo con il Responsabile aziendale per la formazione, l'attività di formazione esterna

La Unità Operativa garantisce la periodica "valutazione delle competenze degli operatori" che compongono l'equipe in conformità con i requisiti richiesti dalle normative in vigore e dall'Accreditamento, nonché tenendo conto delle coerenze rispetto agli obiettivi e alle prestazioni pianificate. Tale valutazione, effettuata ogni anno, contribuisce alla definizione dei fabbisogni formativi e quindi a programmare i percorsi di aggiornamento e formazione del personale.

La U.O. collabora con la funzione Formazione aziendale al fine di assicurare la documentazione per ogni operatore del percorso professionale di tipo curriculare, con particolare riguardo alle esperienze di formazione ed alle competenze acquisite, sia relativamente alla preparazione per la effettuazione delle attività cliniche che di quelle gestionali. Sono inoltre documentati e costantemente aggiornati i crediti ECM acquisiti, al fine di garantire il rispetto dei requisiti definiti.

Sono assicurate le attività per favorire un corretto **inserimento dei nuovi operatori.** In base alle caratteristiche delle attività, il responsabile inserimento individua il percorso formativo di base e le modalità per l'inserimento dei neoassunti. Le modalità di gestione degli inserimenti di nuovi operatori sono definite nella specifica procedura aziendale.

8. GESTIONE DATI E DOCUMENTI

La Unità Operativa collabora, per le parti di competenza, a generare i flussi di dati necessari a produrre i report utilizzati per verificare gli andamenti sia con riferimento agli indicatori di attività e costo sia agli indicatori di qualità.

I report prodotti sono analizzati dal Responsabile e dalla equipe della struttura in periodici incontri con la Direzione aziendale. Essi sono il presupposto fondamentale per la pianificazione, la valutazione e la verifica degli obiettivi e degli andamenti.

Il Servizio Qualità Aziendale è il riferimento per la corretta stesura e **gestione della documentazione**; la procedura aziendale relativa alla gestione della documentazione definisce le linee generali a cui ci si deve attenere per la gestione dei documenti relativi al sistema qualità (redazione, verifica, validazione, emissione e revisione).

La documentazione clinica (Cartella clinica Integrata) comprendenti cartelle, registri e referti sono redatti, gestiti e conservati in appositi locali della U.O. L'archiviazione è gestita secondo procedure specifiche, comprendenti archivi informatizzati e cartacei, secondo le regole aziendali. Per la tutela della privacy, dei dati e per l'acquisizione del consenso gli operatori della struttura si attengono alle linee guida aziendali.

9. GESTIONE VERIFICHE

La **verifica dei risultati** rappresenta un momento di confronto tra i risultati attesi e risultati ottenuti, sia per ciò che concerne i volumi di attività prodotti, sia per i costi sostenuti ma ancora di più per quanto riguarda gli standard di prodotto.
La responsabilità della verifica dei risultati è affidata al Responsabile di struttura, coadiuvato dai componenti della equipe, in periodici incontri con la Direzione aziendale.

Il piano di verifica prevede valutazioni con periodicità trimestrale, semestrale e annuale del raggiungimento degli obiettivi e degli standard organizzativi e qualitativi e dei relativi indicatori, in dettaglio:

- prestazioni erogate e costi
- soddisfazione utenti
- standard di prodotto
- performance clinica
- eventi avversi

La equipe della struttura congiuntamente alla Direzione aziendale valuta gli eventuali scostamenti rispetto agli standard concordati.

E' altresì compito dei Responsabili informare gli operatori, attraverso tutti gli strumenti di comunicazione in uso dei risultati della verifica e raccogliere ipotesi, suggerimenti al fine di individuare eventuali aree di criticità. La verifica dei risultati rappresenta uno dei riferimenti da utilizzare per proporre **azioni sia di tipo correttivo o migliorativo** che di evoluzione dell'offerta di prodotti o degli standard associati. Il miglioramento può essere anche attuato rimodulando l'offerta dei prodotti/servizi in funzione delle innovazioni scientifiche e tecnologiche, nonché delle valutazioni di appropriatezza.

Gli ambiti di verifica sono in specifico:
Verifica del raggiungimento degli obiettivi
La valutazione avviene sulla base dei report direzionali o sulla base di specifici progetti definiti a seguito della negoziazione con la Direzione aziendale. Sulla base di tali valutazioni vengono definite eventuali azioni correttive.
Annualmente viene predisposta la relazione annuale sull'attività svolta per il raggiungimento degli obiettivi assegnati.
Verifica degli standard clinici e di prevenzione del rischio
Vengono svolte verifiche ed analisi dei dati sugli indicatori di esito, di processo e di prevenzione del rischio definiti nello "standard di prodotto". Sono inoltre effettuati audit clinici da gruppi di professionisti incaricati per l'elaborazione e la presentazione dei dati. Sulla base delle valutazioni, nell'ambito degli incontri con la Direzione aziendale, vengono definite eventuali azioni correttive.
Verifica degli impegni nei confronti degli utenti
Gli impegni assunti nei confronti degli utenti (garanzie dichiarate nella Carta dei servizi) sono anch'essi oggetto di verifica attraverso la raccolta ed analisi di dati sui reclami, indagini di soddisfazione degli utenti e altri strumenti di indagine. Le valutazioni sui dati emersi sono effettuate sempre nell'ambito degli incontri citati.

Sono inoltre utilizzati gli strumenti delle **verifiche interne (audit, verifiche)**, come mezzo per verificare la conoscenza e l'applicazione delle procedure e delle relative istruzioni operative, generali e specifiche.

10. GESTIONE MIGLIORAMENTO

Le informazioni che provengono dalle valutazioni e verifiche sono utilizzate per pianificare e gestire azioni di miglioramento formalizzate. Tali azioni rientrano nei piani di attività della Unità Operativa, oppure possono essere progetti trasversali che coinvolgono anche altre figure professionali e strutture dell'Azienda.

Per la pianificazione e attuazione di progetti di miglioramento sono utilizzati:

- dati provenienti dai report periodici di valutazione degli andamenti (Indicatori di performance clinica, Eventi avversi, Analisi dei reclami, Analisi della Soddisfazione degli utenti, Indagini sul Clima Organizzativo)
- indicazioni provenienti dalla assegnazione degli obiettivi annuali
- segnalazione di criticità e problemi specifici

Ciascun progetto ha un responsabile designato, che coordina il gruppo di lavoro incaricato e gestisce il percorso di miglioramento documentandone i diversi passaggi: gli obiettivi definiti, l'analisi effettuata sulle criticità oggetto del percorso, i fattori causali che determinano le criticità o limitano il raggiungimento degli obiettivi, le azioni pianificate necessarie a conseguire gli obiettivi, verifica dell'andamento del progetto e consuntivazione dei risultati. Il responsabile del progetto, con il supporto del Servizio Qualità aziendale, ha la responsabilità della conservazione della documentazione relativa.

Per la pianificazione, l'implementazione e la documentazione di azioni di miglioramento si fa riferimento a specifiche procedure/linee guida aziendali.

11. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- A.A.V.V. "Guida all'esercizio professionale per il personale infermieristico". Torino: Edizioni Medico Scientifiche, 2002.
- Barbieri G. Pennini A. "La responsabilità dell'infermiere: dalla normativa alla pratica". Roma: Carocci Faber, 2008.
- Carpenito L.J. Moyet. "Manuale tascabile delle diagnosi infermieristiche". Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 2006.
- Carpenito L.J. "Piani di assistenza infermieristica e documentazione: Diagnosi infermieristica e Problemi collaborativi". Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 2000.
- Destrebecq A. Terzoni S. "Management infermieristico". Roma: Carocci Faber, 2008.
- Ferri C. Valentini O. "Autonomia Competenza Responsabilità Infermieristica". Bologna: Collegi Provinciali Regione Emilia Romagna, 2009.
- Guilbert J.J. "Guida pedagogica per il personale sanitario". Bari: Edizioni del Sud, 2002.
- Wilkinson J.M. "Processo infermieristico e pensiero critico". Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 2003.
- Germini F. "La Cartella infermieristica: Teoria e Pratica". Roma: Edizioni Carocci Faber, 2006.
- Benini S. "Pedagogia e infermieristica in dialogo: per uno sviluppo delle competenze educative, comunicative e relazionali nella pratica assistenziale". Bologna: CLUEB, 2006.
- Marcolongo R. Bonadiman L. Rossato E. Belleggia G. Tanas R. Badon S. Gagnayre R. "Curare "con" il malato: L'Educazione Terapeutica come postura professionale". Torino: Istituto Change, 2006.
- MRI "Aiutare a riscoprire il senso della possibilità: L'importanza di integrarsi nei percorsi riabilitativi". Venaria Reale - Torino: Tipografia Commerciale, 2010.
- DM 739/ 1994 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere".
- DM 741/1994 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo del fisioterapista".
- L. 42/1999 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie".
- L. 251/2000 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica".
- L. 43/2006 ""Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecniche e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali".
- Codice Deontologico dell'Infermiere (2009)
- Codice Deontologico del Fisioterapista (2012)
- Delibera giunta regionale n. 327 del 23-02-2004 Autorizzazione ed Accreditamento delle strutture sanitarie - Regione Emilia Romagna
- PP47 Gestione pazienti nella U.O. Assistenziale Degenze Specialistiche

SPECIFICHE DIREZIONE ASSISTENZIALE INFERMIERISTICA, TECNICA E DELLA RIABILITAZIONE

Data	Approvato
05-10-2018	Direzione Sanitaria R. Pederzini

OGGETTO E SCOPO

Definire le responsabilità e le attività dei profili che afferiscono al servizio infermieristico e riabilitativo nonché gli obiettivi e le modalità di erogazione dell'assistenza.

PREMESSA

L'istituto di Montecatone è una struttura riabilitativa per pazienti con esiti di mielolesione e grave cerebrolesione. Al suo interno si colloca il **Dipartimento Clinico, Riabilitativo e dell'Integrazione**.

Le Unità Operative che vi afferiscono, in funzione della tipologia di paziente e del percorso clinico-riabilitativo, sono organizzate in aree:

- Area Intensiva
- Unità Spinale
- GCLA
- UO Assistenziale Degenze Specialistiche
- DH e Servizi

All'interno di tali aree, la responsabilità della corretta erogazione delle prestazioni assistenziali e riabilitative fa capo alla Direzione Assistenziale Infermieristica, Tecnica e della Riabilitazione che collabora con i Responsabili delle Unità Operative e la Direzione Aziendale.

LA DIREZIONE ASSISTENZIALE INFERMIERISTICA, TECNICA E DELLA RIABILITAZIONE

È una struttura dell'Azienda dotata di autonomia gestionale preposta alla direzione, all'organizzazione e al coordinamento del personale infermieristico, tecnico sanitario, riabilitativo e di supporto, in coerenza con la pianificazione strategica e gli obiettivi aziendali. È in staff alla Direzione Sanitaria, ossia strumento di cui la stessa si avvale per l'esercizio delle sue funzioni, e concorre al perseguimento della mission aziendale assicurando l'appropriatezza, la qualità, l'efficacia e l'efficienza tecnico-operativa delle attività assistenziali erogate nell'ambito della prevenzione, della cura e della riabilitazione sulla base delle funzioni individuate dalle norme

istitutive dei profili professionali, nonché degli specifici codici deontologici, integrandosi con i diversi sistemi organizzativi e professionali aziendali.
La sua articolazione sostiene modelli organizzativi e gestionali innovativi, caratterizzati dal decentramento dei livelli decisionali, dallo sviluppo della responsabilità, dal senso di appartenenza aziendale e dal lavoro in team con attenzione a obiettivi e risultati. Tali modelli devono garantire la presa in carico della persona e la continuità assistenziale attraverso la gestione dei processi orizzontali, affinchè i bisogni dell'utenza siano posti al centro dell'agire del singolo e dell'intera organizzazione.
Alla Direzione Assistenziale Infermieristica, Tecnica e della Riabilitazione rispondono il livello di coordinamento ed il livello professionale di tutti gli operatori coinvolti nel percorso assistenziale e riabilitativo nell'ambito delle diverse UU.OO.
In relazione alle scelte aziendali di programmazione e pianificazione strategica, il Responsabile svolge funzioni di pianificazione, gestione delle risorse, organizzazione e direzione dei servizi e delle attività, sviluppo del personale, valutazione e controllo. Tali funzioni si esplicano attraverso le seguenti attività.

Pianificazione

- Contribuire alla definizione della mission e delle politiche aziendali attraverso l'espressione delle esperienze e del "punto di vista" della professione;
- Definire i profili professionali in funzione dei bisogni assistenziali e dei percorsi diagnostico-terapeutici;
- Proporre eventuali adeguamenti degli standard assistenziali in funzione della tipologia dei pazienti ed in risposta ai loro bisogni;
- Partecipare al processo di budget per quanto attiene alla definizione quali/quantitativa (fabbisogno) e all'assegnazione delle risorse professionali e di supporto, in relazione agli obiettivi fissati dalla Direzione Aziendale;
- Partecipare al processo di budget per quanto attiene alla definizione del piano degli investimenti;
- Definire i livelli qualitativi delle prestazioni assistenziali infermieristiche e riabilitative da erogare e stabilirne gli indicatori di verifica;
- Pianificare, in collaborazione con i Corsi di Laurea delle Università convenzionate, i tirocini degli studenti e definirne le modalità organizzative.

Gestione

- Garantire la corretta assegnazione delle risorse professionali necessarie ad assicurare livelli di assistenza corrispondenti ai minuti di assistenza concordati;
- Gestire, in collaborazione con il Coordinatore dell'Ufficio Risorse Umane, i tempi e le modalità per l'organizzazione dei processi di selezione del personale di competenza, nonché l'assunzione e assegnazione dello stesso;
- Definire i criteri per l'inserimento del personale neoassunto, per la mobilità interna e per l'incentivazione e lo sviluppo del personale;
- Garantire la gestione trasversale del rischio nella progettazione ed erogazione delle attività, con particolare riferimento a:
  a) Infezioni correlate all'assistenza
  b) Insorgenza LDP
  c) Prevenzione cadute
  d) Gestione farmaci e devices
- Gestire, in collaborazione con le Risorse Umane, la presenza degli studenti in tirocinio, come da procedura.

Organizzazione

- Promuovere la sperimentazione e lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi assistenziali coerenti con la mission e la vision aziendali;
- Collaborare con l'Ufficio Qualità e Accreditamento nella definizione, elaborazione e revisione di protocolli, procedure e LG per la gestione dei principali processi assistenziali-riabilitativi;
- Promuovere l'adozione di strumenti operativi di organizzazione dell'assistenza orientati alla centralità del paziente e all'efficienza gestionale (indicatori di risultato, LG, ecc.);
- Partecipare all'individuazione dei DPI più idonei a favorire la sicurezza negli ambienti di lavoro e promuoverne l'utilizzo.

Direzione

- Partecipare agli incontri di Direzione;
- Partecipare a gruppi di lavoro Aziendali;

- Rappresentare il servizio in incontri e riunioni con le organizzazioni sindacali, organizzazioni di volontariato e autorità locali;
- Partecipare alle trattative con le organizzazioni sindacali per le questioni contrattuali relative al personale afferente;
- Garantire il collegamento con le sedi formative dei corsi di laurea per favorire l'integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca;
- Gestire i conflitti interni al gruppo di coordinamento e nelle UU.OO. in supporto al coordinatore, quando richiesto;
- Garantire l'informazione ai coordinatori delle diverse UU.OO.;
- Definire, organizzare e attivare i flussi informativi rispetto ai differenti livelli direzionali ed organizzativi, con particolare riguardo per quelli relativi alle attività infermieristiche e riabilitative.

Sviluppo del personale e del servizio

- Progettare e assicurare il percorso di sviluppo qualitativo delle risorse professionali in funzione degli obiettivi aziendali, attraverso l'aggiornamento tecnico-scientifico e la promozione culturale;
- Favorire l'integrazione delle competenze tra le diverse figure professionali;
- Proporre e collaborare a progetti di ricerca;
- Collaborare nell'applicazione del SQA proponendo piani di miglioramento;
- Proporre e partecipare alla definizione per i sistemi di progressione di carriera e di incentivazione del personale;
- Collaborare con i Coordinatori nell'analisi dei bisogni formativi espressi dai gruppi di riferimento;
- Collaborare con l'Ufficio Formazione nell'elaborazione PFA;
- Valutare e autorizzare le richieste di formazione nell'ambito delle disponibilità economiche definite dalla Direzione Aziendale.

Valutazione e controllo

- Verificare il rispetto dei parametri utilizzati nella gestione del personale;
- Verificare l'attuazione dei criteri e delle modalità di gestione del personale assegnato alle UU.OO.: compilazione-aggiornamento degli ordini di servizio, articolazione degli orari di lavoro, rispetto delle regole di gestione- autogestione, contenimento dello straordinario e sua corretta attribuzione, smaltimento ferie;

- Verificare il rispetto dei PDL al fine di monitorare il grado di soddisfacimento dei bisogni dell'utenza ed il rischio correlato all'erogazione delle prestazioni, a garanzia della sicurezza delle cure, anche attraverso il controllo della documentazione sanitaria di competenza;
- Collaborare nella valutazione/individuazione delle risorse tecnologiche-strumentali da acquisire al fine di garantire gli adeguati standard assistenziali;
- Collaborare con l'Ufficio Qualità e Accreditamento nella conduzione degli audit- verifiche ispettive presso le diverse UU.OO.;
- Adottare i provvedimenti disciplinari nel rispetto delle procedure Aziendali e del CCNL.

I COORDINATORI DI AREA INFERMIERISTICA E RIABILITATIVA

Le Unità Operative sono articolazioni organizzative che aggregano risorse infermieristiche e riabilitative e personale di supporto che, in stretta integrazione con l'attività medica, assicurano modalità omogenee ed efficaci di erogazione dell'assistenza.
In funzione del percorso clinico- assistenziale del paziente, le UU.OO. sono aggregate nelle diverse Aree di cui si compone il Dipartimento Clinico, Riabilitativo e dell'Integrazione.
Su delega del Responsabile della Direzione Assistenziale Infermieristica, Tecnica e della Riabilitazione impartisce gli ordini di servizio.
Nell'ambito delle funzioni di pianificazione, gestione, organizzazione, direzione, sviluppo del personale e del servizio, valutazione e controllo, il coordinatore è responsabile delle seguenti funzioni/attività:

Pianificazione

- Pianificare, con la periodicità stabilita, l'ordine di servizio (inserimento assenze programmate, gestione cambi turno) del personale infermieristico/riabilitativo e di supporto sulla base dei criteri prefissati e a garanzia dei minuti assistenziali concordati;
- Collaborare, con il Responsabile di riferimento, nella pianificazione del budget, individuando gli investimenti necessari a garantire lo svolgimento delle attività assistenziali- riabilitative ed il comfort alberghiero;
- Pianificare lo svolgimento del tirocinio degli studenti;
- Pianificare il percorso di inserimento del personale neo assunto;

- Pianificare, nel rispetto dei criteri definiti e compatibilmente con la turnistica di riferimento la partecipazione del personali agli eventi formativi presenti nel PAF.

Gestione

- Garantire il rispetto dei modelli assistenziali ed organizzativi stabiliti;
- Gestire il personale assegnato alle UU.OO. di riferimento: compilazione-aggiornamento degli ordini di servizio, articolazione degli orari di lavoro nel rispetto della normativa vigente, rispetto delle regole di gestione- autogestione, corretta attribuzione dello straordinario, programmazione ferie;
- Monitorare i carichi di lavoro nelle singole Unità Operative e gestire in modo flessibile le risorse assegnate;
- Garantire la gestione trasversale del rischio nell'erogazione delle attività, con particolare riferimento a:
  e) Infezioni correlate all'assistenza
  f) Insorgenza LDP
  g) Prevenzione cadute
  h) Gestione farmaci e devices
- Favorire il raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto globale personalizzato del paziente, promuovendo lo svolgimento delle attività assistenziali e riabilitative nell'ottica dell'integrazione professionale;
- Accogliere ed informare gli studenti con particolare riferimento alla tutela della sicurezza dell'ambiente di lavoro.

Organizzazione

- Definire, in accordo con la Direzione Assistenziale ed insieme al gruppo dei professionisti, il sistema organizzativo dell'assistenza infermieristica/riabilitativa;
- Predisporre, adottare e revisionare, assieme al gruppo dei professionisti, gli strumenti di organizzazione dell'assistenza: piani di attività, protocolli, indicatori di esito, ecc.;
- Partecipare alla predisposizione, adozione, verifica e revisione di strumenti di lavoro interdisciplinari;
- Predisporre, adottare e revisionare gli strumenti di documentazione dell'assistenza infermieristica/riabilitativa;
- Gestire il passaggio di informazioni, sia assistenziali che organizzative, tra i membri del gruppo;

- Gestire le criticità nei rapporti con i servizi per l'approvvigionamento di farmaci, presidi e materiale vario;
- Gestire le criticità nei rapporti con altre unità operative e/o Servizi, Presidi Ospedalieri;
- Svolgere le funzioni di preposto previste dalla legislazione sulla tutela della salute dei lavoratori, con particolare riferimento alla verifica del rispetto delle norme e dell'adozione dei dispositivi di protezione individuale;
- Gestire il processo di inserimento del neoassunto in collaborazione con il tutor e il referente, nel rispetto della procedura in uso.

Direzione

- Condurre le riunioni del personale di riferimento;
- Partecipare alle riunioni interdisciplinari di Area/Dipartimento/Direzione;
- Collaborare con la Direzione di Area e le Risorse Umane alla promozione del personale, con particolare riferimento al processo motivazionale e allo sviluppo delle potenzialità individuali;
- Supportare l'Infermiere/Fisioterapista Referente nella gestione delle criticità interne al gruppo di lavoro;
- Gestire i conflitti;
- Utilizzare lo strumento della delega agli Infermieri Referenti per lo svolgimento di proprie attività gestionali ed organizzative.

Sviluppo del personale e del servizio

- Contribuire alla pianificazione e attuazione di iniziative di formazione permanente e di aggiornamento professionale;
- Proporre e/o partecipare a iniziative di ricerca in campo assistenziale, alberghiero e organizzativo;
- Collaborare nell'applicazione del SQA proponendo piani di miglioramento;
- Collaborare con il Responsabile di Area nel proporre e partecipare alla definizione per i sistemi di progressione di carriera e di incentivazione del personale;
- Favorire l'integrazione delle competenze tra le diverse figure professionali;
- Collabora con il Responsabile di Area nel progettare e assicurare il percorso di sviluppo qualitativo delle risorse professionali in funzione degli obiettivi aziendali attraverso l'aggiornamento tecnico- scientifico e la promozione culturale;
- Valutare i bisogni formativi del gruppo di riferimento;
- Collaborare con il Responsabile di Area nell'analisi dei bisogni formativi espressi dai gruppi di riferimento.

Valutazione e controllo

- Valutare la qualità dell'assistenza;
- Verificare la corretta applicazione di protocolli, procedure e linee guida aziendali;
- Verificare il rispetto dei turni assegnati ad ogni operatore;
- Verificare gli approvvigionamenti e gestire le scorte;
- Verificare la corretta conservazione della documentazione sanitaria;
- Verificare il rispetto della modalità e della tempistica di archiviazione della documentazione sanitaria;
- Collaborare nella valutazione/individuazione delle risorse umane- tecnologiche- strumentali da acquisire al fine di garantire gli adeguati standard assistenziali;
- Collaborare con l'Ufficio Qualità e Accreditamento durante lo svolgimento degli audit- verifiche ispettive presso le UU.OO. di riferimento;
- Proporre i provvedimenti disciplinari nel rispetto delle procedure Aziendali e del CCNL.

I PROFESSIONISTI SANITARI

Le prestazioni sono garantite dai professionisti delle aree assistenziale e riabilitativa, con riferimento ai profili e ai diversi livelli di responsabilità.

Vengono così individuati le figure dell'infermiere e del fisioterapista referente, dei case manager, degli infermieri, dei fisioterapisti, dei logopedisti, dei terapisti occupazionali e degli operatori socio sanitari.

FISIOTERAPISTI, TERAPISTI OCCUPAZIONALI, LOGOPEDISTI E INFERMIERI REFERENTI

Tale figura è individuata in base al possesso dei seguenti requisiti:

- Buona conoscenza della tipologia dei pazienti ricoverati, documentabile con almeno 2 anni ~~continuativi~~ di esperienza lavorativa in struttura;
- Buona capacità di lavorare in gruppo;
- Riconoscimento all'interno del gruppo di lavoro di un ruolo attivo e propositivo;
- Capacità di mediazione e comunicazione all'interno del gruppo di lavoro;

- Capacità di gestire con ordine e puntualità la documentazione sanitaria;
- Buona capacità organizzativa;
- Adesione alle linee aziendali e riservatezza nella comunicazione;
- Disponibilità alla partecipazione a progetti e alla collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi.

Oltre a svolgere le attività di assistenza diretta previste dal piano di lavoro, a tali figure sono attribuite le seguenti responsabilità:

- Gestire la comunicazione all'interno del gruppo intra- interprofessionale, con gli utenti e i loro famigliari;
- Mantenere in maniera sistematica le comunicazioni con il coordinatore di riferimento;
- Supportare il coordinatore nella verifica del rispetto da parte degli operatori delle norme comportamentali previste dal codice deontologico e dal contratto di lavoro di riferimento e ne riferisce allo stesso;
- Supervisionare la corretta applicazione dei protocolli/procedure/linee guida aziendali;
- Garantire la diffusione di protocolli/procedure/linee guida aziendali;
- Garantire e supervisiona l'attuazione da parte dei professionisti di quanto previsto nei piani di lavoro;
- Garantire l'approvvigionamento dei farmaci e dei presidi;
- Supervisionare sul corretto utilizzo delle attrezzature ed il consumo dei materiali.
- Collaborare con il coordinatore nell'identificazione dei bisogni formativi specifici del personale;
- Collaborare con il Coordinatore e il Tutor nel percorso di inserimento/valutazione del neo-assunto;
- Facilitare il processo di inserimento di operatori provenienti da altre aree;
- Valutare i carichi di lavoro e la loro corretta distribuzione tra i professionisti;
- Verificare e supervisiona l'andamento del percorso di cura;
- Supervisionare il rispetto di quanto previsto dal progetto globale personalizzato dei pazienti.

Durante lo svolgimento della propria attività, il referente è tenuto al rispetto delle norme comportamentali previste dal codice deontologico e dal contratto di lavoro di riferimento e a verificarne il rispetto da parte dei colleghi, riferendo al coordinatore eventuali violazioni delle norme.

Solo per Area Infermieristica

- Supervisiona la richiesta del vitto e dei generi alimentari per le colazioni;
- Assegna i tirocinanti OSS al personale di reparto;
- Collabora con le diverse figure professionali nella raccolta della documentazione sanitaria da inoltrare all'archivio, come da procedura aziendale in uso.

Con particolare riferimento al protocollo di prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione:

- Verifica periodicamente le LDD e la corretta tenuta della documentazione sanitaria di riferimento;
- Comunica al medico responsabile l'evoluzione delle lesioni;
- Collabora nella valutazione dell'efficacia dei nuovi prodotti;
- Collabora con l'Ufficio Qualità nel periodico monitoraggio delle lesioni.

Solo per Area Riabilitativa

- Predispone la programmazione settimanale delle attività riabilitative e ne dà comunicazione al reparto e ai pazienti;
- Assegna i tirocinanti ai componenti del proprio gruppo di UO.

CASE MANAGER

Il Case Manager ha la responsabilità della continuità assistenziale nel percorso di cura della persona mielolesa dall'accesso alla dimissione, nell'ambito dell'Area Unità Spinale.

Questo percorso si articola in:

1. valutazione della possibilità di presa in carico dell'utente sulla base dei criteri organizzativi e di appropriatezza;
2. progettazione del percorso assistenziale;
3. valutazione del medesimo.

Al Case Manager sono attribuite le seguenti funzioni:

- educa e fornisce supporto ai degenti e alla famiglia per la continuità assistenziale;
- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona traducendoli in specifici problemi assistenziali;
- identifica gli obiettivi assistenziali;
- pianifica, gestisce e valuta gli interventi assistenziali previsti dal progetto e i relativi risultati;
- garantisce i processi di revisione e discussione dei casi trattati all'interno delle riunioni d'equipe;
- attiva la rete dei servizi territoriali favorendo una dimissione protetta;
- collabora con il coordinatore nell'identificazione dei bisogni formativi specifici del personale.

L'Infermiere Case Manager

- ✓ Prende in carico il paziente all'ingresso in UO;
- ✓ Compila la scheda di valutazione infermieristica. Si presenta e presenta al paziente e al familiare di riferimento il percorso organizzativo che verrà intrapreso.
- ✓ Partecipa all'incontro di programmazione trasferimenti e dimissioni;
- ✓ Pianifica dell'ingresso in collaborazione con l'Infermiere Referente;
- ✓ Verifica il livello di autonomia raggiunto; effettua l'addestramento e pianifica la verifica delle ADL;
- ✓ Verifica la corretta gestione dei presidi utilizzati; collabora con il paziente nell'individuare i presidi più idonei per la gestione dell'incontinenza;
- ✓ Collabora con l'infermiere referente nella verifica e monitoraggio dell'evoluzione delle LDP e/o ferite chirurgiche;
- ✓ Esegue attività di verifica e monitoraggio del percorso diagnostico e terapeutico. Attiva e facilita l'accesso dei consulenti specialisti per una gestione efficace ed efficiente del caso;
- ✓ Collabora alla progettazione e attuazione del percorso clinico assistenziale e riabilitativo e verifica il raggiungimento degli obiettivi; partecipa ai briefing, aggiorna e verifica il piano assistenziale;
- ✓ Collabora nella pianificazione della partecipazione alle attività di IDKT, TO, RGS (condivisione con FT di riferimento, CM riabilitativo e diurnista referente);
- ✓ Partecipa alla valutazione dei pazienti per la concessione dei permessi per il weekend;

- ✓ Valuta i pazienti in merito alla possibile partecipazione alle iniziative della struttura (insieme all'equipe);
- ✓ Si relaziona con il paziente e/o il familiare di riferimento in modo sistematico per valutare la condivisione del percorso in essere ed evidenziare eventuali criticità da sottoporre all'attenzione dell'equipe.
- ✓ Partecipa all'incontro pre-dimissione;
- ✓ Pianifica la dimissione; informa il paziente e il familiare della dimissione e fornisce le indicazioni "operative", verifica la necessità di disporre di documentazione aggiuntiva (fotocopia di cartella clinica, certificazioni varie, ecc). Si interfaccia con i responsabili di zona per la fornitura dei presidi per il domicilio, verifica con il Dipartimento per il Reinserimento l'attivazione dei servizi territoriali per garantire la continuità assistenziale. Predispone la lettera di dimissione infermieristica e verifica la completezza della documentazione clinica. Attiva la procedura di archiviazione della cartella;
- ✓ Partecipa ai momenti sistematici di incontro.

IN UO GCLA alcune delle attività proprie del Case Manager vengono garantite dall'Infermiere Referente.

Il Fisioterapista Case Manager

- ✓ Prende in carico il paziente dalle strutture di provenienza, insieme al medico; partecipa alla valutazione del paziente da ammettere (valutazione income), compila la scheda di trasferimento interno del paziente in Unità Spinale; si presenta e presenta al paziente e al familiare di riferimento il percorso organizzativo che verrà intrapreso; consegna materiale informativo.
- ✓ Partecipa ai momenti sistematici di incontro;
- ✓ In collaborazione con l'Infermiere CM, informa il paziente sulle modalità gestionali e organizzative dell'U.O. dove verrà trasferito;
- ✓ Pianifica l'ingresso. Presenta il "caso" al FT Referente di palestra dell'area Sub Acuti;
- ✓ Segnala il paziente a laboratori e altre iniziative;
- ✓ Gestisce la programmazione settimanale delle riunioni di equipe e progetto previste dal percorso riabilitativo in Unità Spinale e ne prende parte insieme FT di riferimento;
- ✓ Verifica il livello di autonomia raggiunto, monitorando la pianificazione e lo svolgimento delle ADL;

- ✓ Collabora alla progettazione e attuazione del percorso clinico assistenziale e riabilitativo e verifica il raggiungimento degli obiettivi;
- ✓ Attiva in sede di briefing settimanale la procedura di studio ausili;
- ✓ Partecipa ai momenti di briefing;
- ✓ Mantiene in modo sistematico il contatto con il paziente e i familiari di riferimento per valutare la condivisione del percorso in essere ed evidenziare eventuali criticità da sottoporre all'attenzione dell'equipe.
- ✓ Verifica la situazione abitativa al fine di individuare eventuali criticità da sottoporre al servizio di T.O per lo studio del domicilio;
- ✓ Supervisiona il percorso di fornitura degli ausili e ne verifica l'adeguatezza;
- ✓ Valuta i pazienti in merito alla possibile partecipazione alle iniziative della struttura (insieme all'equipe);
- ✓ Attiva la procedura del progetto guida/percorso patente;
- ✓ Collabora con il medico e l'Infermiere CM nella pianificazione della dimissione: informa il paziente e il familiare e fornisce le indicazioni "operative";
- ✓ Si relaziona sistematicamente con l'equipe sull'andamento del progetto riabilitativo;
- ✓ Partecipa all'incontro equipe-scuola;
- ✓ Partecipa agli incontri con gli utenti/familiari di presentazione della struttura.

CONTINUITA' DEL SERVIZIO

La continuità del Servizio è assicurata dai professionisti sulla base di un sistema di deleghe condiviso, così rappresentato:

QUALIFICA	UNITA' OPERATIVA	SOSTITUTO	RESPONSABILITA'
Responsabile Direzione Assistenziale Infermieristica, Tecnica e della Riabilitazione		Tutti i Coordinatori per le proprie UU.OO.	• Gestione personale; • Gestione eventi formativi; • Partecipazione riunioni di Direzione; • Autorizzazione approvvigionamenti.

QUALIFICA	UNITA' OPERATIVA	SOSTITUTO	RESPONSABILITA'
Infermiere Coordinatore	Unità Spinale	Infermiere in staff al Coordinatore	• Garantisce la gestione ordinaria dell'UO, nel rispetto dei tempi e delle modalità definite, confrontandosi con il gruppo di coordinamento ed il Responsabile quando necessario.
Infermiere Coordinatore	Area Intensiva	Infermiere Referente Terapia Intensiva	• Garantisce la gestione della turnistica nel rispetto dei criteri prefissati ed aggiorna l'ordine di servizio; • Autorizza la modulistica (ferie, straordinario, ecc.); • Partecipa alle riunioni di programmazione dimissioni/ingressi; • Sostituisce il Coordinatore nelle riunioni organizzative della Struttura su specifiche indicazioni dello stesso; • Si rapporta con la Responsabile per la gestione dei conflitti.

QUALIFICA	UNITA' OPERATIVA	SOSTITUTO	RESPONSABILITA'
Infermiere Coordinatore	UOA DS e UO GCA	Infermieri Referenti UOA D.S. e UO GCLA	• Garantisce la gestione della turnistica nel rispetto dei criteri prefissati ed aggiorna l'ordine di servizio; • Autorizza la modulistica (ferie, straordinario, ecc.); • Partecipa alle riunioni di programmazione dimissioni/ingressi (CM per UOA DS; Infermiere Referente per UO GCLA); • Sostituisce il Coordinatore nelle riunioni organizzative della Struttura su specifiche indicazioni dello stesso; • Si rapporta con la Responsabile per la gestione dei conflitti.
Infermiere Coordinatore	Area Servizi	Infermiere Referente	• Garantisce la gestione della turnistica nel rispetto dei criteri prefissati ed aggiorna l'ordine di servizio; • Autorizza la modulistica (ferie, straordinario, ecc.); • Sostituisce il Coordinatore nelle riunioni organizzative della Struttura su specifiche indicazioni dello stesso; • Si rapporta con la Responsabile per la gestione dei conflitti.

QUALIFICA	UNITA' OPERATIVA	SOSTITUTO	RESPONSABILITA'
Fisioterapisti Coordinatori	Tutte le UU.OO.	1 FT Coordinatore	• Per tutte le funzioni assegnate
Infermiere Referente	Tutte le UU.OO.	1 Infermiere sostituto	• Per tutte le funzioni assegnate
Fisioterapista/TO/ Logopedista Referente	Tutte le UU.OO.	Fisioterapista/TO/ Logopedista sostituto	• Per tutte le funzioni assegnate
Infermiere Case Manager	Unità Spinale UOA DS	Infermiere sostituto	• Per tutte le funzioni assegnate
FT Case Manager Riabilitativo	Unità Spinale	Fisioterapista sostituto	• Per tutte le funzioni assegnate

MECCANISMI DI INTERGAZIONE ED ORGANIZZAZIONE INTERNA

Le figure professionali afferenti al Servizio, in base ai diversi livelli di responsabilità, effettuano sistematici momenti di incontro per condividere e monitorare l'andamento delle attività ed assicurarne un'organizzazione efficace/efficiente e garantire un passaggio mirato ed esaustivo delle comunicazioni. Gli incontri sono programmati con periodicità variabile la cui frequenza può variare a seconda delle esigenze.

MODALITA' DI ACCESSO AL SERVIZIO

Lunedì-Venerdì dalle ore 08,30 alle 16,30.

Responsabile Direzione Assistenziale Infermieristica, Tecnica e della Riabilitazione

Dott.ssa Nicoletta Cava
Tel. 0542.632820
Fax. 0542.632805
e-mail: cava@montecatone.com