

REGIONE DEL VENETO



**ULSS8**  
BERICA

**AULSS 8 BERICA**

**UOC Direzione Professioni Sanitarie**

**ISTRUZIONE OPERATIVA**

**“Definizione delle responsabilità per la supervisione dell’assistenza per garantire la continuità delle cure durante la degenza”**

**Azienda ULSS 8 Berica**

<b>Codifica</b>	DPS-PG-002
<b>Approvazione</b>	Direttore f.f. Direzione Professioni Sanitarie Dott.ssa Marisa Padovan <span style="float: right;">f.to</span>
<b>Verifica</b>	UOS Servizio Qualità Dott. Marcello Mezzasalma <span style="float: right;">f.to</span>
<b>Gruppo di Lavoro</b>	Coordinatori di Dipartimento Aulss 8 Berica
<b>Rev. 0</b>	Data 01/03/2023

## INDICE

PREMESSA	pag.3
GRUPPO DI LAVORO	pag.4
GLOSSARIO E ACRONIMI	pag.4
SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	pag.4
MODALITA' OPERATIVE E RESPONSABILITA'	pag.5
RESPONSABILE DI PROCESSO (PROCESS OWNER)	pag.8
REQUISITI NORMATIVI	pag.8
BIBLIOGRAFIA	pag.8
TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE	pag.8

## PREMESSA

Per rispondere alla **complessità e varietà dei bisogni di salute**, negli ultimi decenni si è resa necessaria una sempre più elevata specializzazione dei servizi, che comporta durante il percorso di cura il coinvolgimento di **differenti unità operative**, diverse figure professionali e più professionisti che si avvicendano durante la degenza e nella presa in carico territoriale della persona.

Il **rischio della frammentazione** degli interventi assistenziali e delle informazioni va quindi presidiato attraverso modelli e strumenti atti a favorire la **continuità assistenziale**.

La continuità delle cure è considerata anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità presupposto fondamentale per **garantire la centralità della persona**, la qualità e l'appropriatezza del percorso assistenziale nei diversi setting di cura.

La continuità rappresenta quindi, un obiettivo ed insieme una strategia per migliorare la qualità dell'assistenza e per rispondere in modo efficace ai problemi critici, alle complessità organizzative e alle difficoltà umane poste, in particolare, dai pazienti cronici, per definizione non guaribili, che devono essere curati per un lungo periodo.

Dall'analisi della letteratura si evince che la continuità dell'assistenza si articola in tre dimensioni strettamente intercorrelate tra loro (Haggerty, 2002):

- **informativa**, che si riferisce alla capacità di trasferire e disporre di tutte le informazioni cliniche rilevanti, rappresenta un prerequisito per un'assistenza coordinata;
- **gestionale**, che garantisce la complementarietà, coerenza e puntualità degli interventi erogati;
- **relazionale**, determinata dalla relazione stabile e supportiva tra assistito e professionista sanitario, fondata sulla comunicazione, la fiducia, il comfort e la condivisione di valori.

Emerge inoltre che le principali fasi da presidiare, in quanto considerate più critiche, per la garanzia della continuità dell'assistenza siano i **momenti di transizione**, identificati in:

FASI	TRANSIZIONI
RICOVERO (ammissione in ambito ospedaliero)	Passaggio dal setting domiciliare o altra struttura, a quello ospedaliero, in regime di urgenza o programmato (ordinario, diurno e ambulatoriale)
CAMBIO TURNO DEL PERSONALE	All'interno delle U.O. che prevedono l'articolazione dell'assistenza nelle 24 ore, si rende necessaria la rotazione del personale che ha in carico il paziente; di media ogni giorno in una U.O. ci sono 2 o 3 cambi turno
TRASFERIMENTO TRA UUOO DIVERSE	Il paziente può essere trasferito, anche temporaneamente, da una U.O. ad un'altra, al fine di garantire il percorso diagnostico/terapeutico o un adeguato livello di intensità di cura
DIMISSIONE	Dall'ospedale verso domicilio o altro contesto di cura (strutture intermedie, cure palliative o domiciliari, centri servizio, ...)

## GRUPPO DI LAVORO

NOME	INCARICO	FIRMA
Agresta Marilena	Coordinatore Dipartimento Salute Mentale	f.to
Barbieri Anna	Coordinatore Dipartimento Area Medica	f.to
Carboni Dal Ben Marta	Coordinatore Dipartimento Neuroscienze	f.to
Cavaliere Giulia	Coordinatore Dipartimento Oncologia Clinica	f.to
Comparin Arianna	Coordinatore Dipartimento Chirurgie Specialistiche	f.to
Fanin Filippo	Coordinatore Dipartimento Direzione Medica di Ospedale	f.to
Marchetti Cristina	Coordinatore Dipartimento Area della Diagnostica	f.to
Pagiusco Gaetana	Coordinatore Dipartimento Materno Infantile	f.to
Rancan Giovanni	Coordinatore Dipartimento Emergenza, Urgenza e Cure Intensive	f.to
Rossato Laura	Coordinatore Dipartimento Area Chirurgia	f.to
Zaghis Laura	Coordinatore Dipartimento Cardio Vascolare	f.to
Tirapelle Valentina	Referente Processi organizzativi assistenziali Area Materno Infantile Ospedale Territorio - Direzione Professioni Sanitarie	f.to
Padovan Marisa	Direttore FF Direzione Professioni Sanitarie	f.to

## GLOSSARIO E ACRONIMI

SBAR: situation, background, assessment, recommendation (situazione, pregresso, accertamento, raccomandazioni)

NBM: Nucleo Bed Management

COT: Centrale Operativa Territoriale

SVAMA: scheda valutazione multidimensionale dell'anziano

UVMD: unità valutativa multi disciplinare

## SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura ha lo scopo di individuare:

- gli obiettivi da perseguire per garantire la continuità dell'assistenza;
- gli strumenti da utilizzare;
- gli attori coinvolti, relativamente al personale del comparto sanitario;
- **i responsabili della supervisione.**

Si applica all'interno delle UU.OO. aziendali ospedaliere ed è finalizzata a presidiare la continuità dell'assistenza infermieristica, ostetrica e riabilitativa.

### **MODALITA' OPERATIVE E RESPONSABILITA'**

Nella tabella di seguito riportata vengono esposti, per ogni fase identificata in premessa, gli obiettivi da perseguire, gli strumenti da utilizzare, i professionisti coinvolti e i ruoli che devono garantire la supervisione della continuità assistenziale ai diversi livelli.

	FASI DI TRANSIZIONE NELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE			
	RICOVERO	CAMBIO TURNO PERSONALE	TRASFERIMENTO	DIMISSIONI DIFFICILI
<b>OBIETTIVI</b>	Garantire una <b>corretta analisi dei bisogni assistenziali</b> della persona e della sua rete informale di cura <b>entro le 24 ore dall'ingresso</b>	Utilizzare <b>modalità codificate per il trasferimento corretto ed esaustivo delle informazioni</b> e adeguata <b>registrazione</b> all'interno della documentazione clinica	Garantire il <b>passaggio di informazioni completo ed accurato</b> da un setting di cure ad un altro e da un'equipe ad un'altra	Garantire l' <b>individuazione e la presa in carico</b> , attraverso le modalità organizzative e documentali presenti, <b>delle dimissioni difficili</b> (pazienti non autosufficienti, fragili, con cronicità)
<b>RUOLI</b>	CASE MANAGER (ove previsto)		NUCLEO BED MANAGEMENT	CASE MANAGER (ove previsto)/ Coordinatore U.O.
				NUCLEO BED MANAGEMENT/COT
<b>STRUMENTI</b>	SBAR e Anamnesi infermieristica/ostetrica/personale riabilitativo	SBAR	SBAR	SIT (Atlante)
	BARTHEL	Diario infermieristico/ostetrico	Passaggio della documentazione clinica (cartella o scheda riassuntiva)	SVAMA
	Riconciliazione farmacologica		Scheda di dimissione infermieristica	UVMD
<b>PROCEDURE/ INDICAZIONI</b>	Ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica	"Metodo SBAR per il passaggio di informazioni tra professionisti"		Indicazioni per dimissioni protette applicativo Atlante (manuale e tutorial)
<b>PROFESSIONISTI COINVOLTI</b>	Infermiere/ostetrica turnista che prende in carico il paziente	infermiere/ostetrica turnista che prende in carico il paziente	Infermiere/ostetrica U.O. inviante e U.O. ricevente	Case manager (ove previsto) / Coordinatore UO
	Personale riabilitativo		Infermiere Bed management	Personale COT e NBM
<b>SUPERVISIONE CONTINUITA' ASSISTENZIALE</b>	Coordinatore U.O.	Coordinatore U.O.	Coordinatori UUOO inviante e ricevente	Coordinatori U.O., Responsabile COT/NBM

Gli strumenti individuati sono da contestualizzare all'interno delle diverse UUOO, sulla base della tipologia del paziente assistito.

Il personale infermieristico, ostetrico e riabilitativo, grazie alla stretta relazione con i pazienti e alle competenze multidisciplinari proprie della professione, costituisce nodo strategico per identificare i bisogni e garantire una transizione efficace, affiancandosi alle altre figure professionali coinvolte nelle cure.

**I responsabili della supervisione** sono stati individuati, tenendo conto dei processi assistenziali e da quanto declinato nei seguenti documenti:

- DGR 169/2016 "Definizione del profilo di competenza del coordinatore" nel quale è previsto :  
*"Al **coordinatore** del servizio/U.O. spetta la responsabilità della supervisione sull'effettivo e corretto utilizzo della metodica da parte dei professionisti, al fine di garantire uniformità ed elevare i livelli di sicurezza. E' inoltre coinvolto nel predisporre le condizioni favorevoli per assicurare la continuità delle cure tra servizi intra ospedalieri e tra ospedale e territorio proponendosi anche come mediatore tra le esigenze organizzative, i bisogni e le istanze delle persone assistite e dei familiari"*
- Job description aziendale dell'infermiere con Incarico "Case Manager" del 21 novembre 2022 : *"... partecipa e collabora con il team multidisciplinare per garantire precocemente e proattivamente la continuità assistenziale alle persone "fragili", non autosufficienti, affette da patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità o vulnerabilità sociale, con bisogni assistenziali complessi, organizzando un accompagnamento alla dimissione o ammissione ospedaliera. Assicura un percorso di continuità ospedale-territorio, secondo un modello di presa in carico globale e integrata, con la ricerca del setting adeguato alla gestione del caso. Rende uniforme il percorso di dimissione protetta assicurando equità e facilitazione all'accesso, contribuendo a ridurre forme inappropriate di ricovero, migliorando l'appropriatezza degli interventi."*
- Nota Direttore Generale prot. 128009 del 18/12/2019 e successiva Delibera 135 del 27/01/2021 "modifica Atto aziendale", Attivazione Nucleo Bed Management Est e Ovest, regolamento del 26/02/2021 "**Regolamento Funzioni e Interazione tra la Centrale Operativa Territoriale e il Servizio di Bed Management**"  
*"L'Unità Operativa Semplice **Nucleo Bed Management** gestisce gli spazi di accoglimento temporaneo in grado di ricevere i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare e risulta improprio il ricorso all'ospedalizzazione, al suo prolungamento o all'istituzionalizzazione. Segue, inoltre, le dimissioni protette con attivazioni di cure domiciliari per le quali non siano già previsti determinati percorsi"*
- DGR Veneto 1075/2017 "**La COT** rappresenta lo strumento organizzativo funzionale a tutti attori della rete socio-sanitaria, di cui l'ADI è una componente, coinvolti nella presa in carico "dell'utente fragile", caratterizzato da multimorbilità, elevata complessità e/o terminalità. Pertanto le sue funzioni fondamentali sono:
  1. mappare costantemente le risorse della rete assistenziale;
  2. coordinare le transizioni protette (intra ed extra Azienda ULSS), per le quali non esistono già percorsi strutturati, con la possibilità di entrare provvisoriamente in modo operativo nel processo, facilitandone una definizione condivisa;
  3. raccogliere i bisogni espressi/inespressi, di carattere sociale/sanitario/socio-sanitario, indipendentemente dal setting assistenziale e trasmettere le informazioni utili a garantire le transizioni protette;

4. *garantire la tracciabilità dei percorsi attivati sui pazienti segnalati, offrendo trasparenza e supporto nella gestione delle criticità di processo ai soggetti della rete;*
5. *facilitare la definizione/revisione di PDTA/procedure/modalità operative aziendali, anche alla luce delle criticità riscontrate nel corso del monitoraggio dei percorsi attivi."*

## **RESPONSABILE DI PROCESSO (PROCESS OWNER)**

Coordinatori di Dipartimento Aulss 8 Berica

## **REQUISITI NORMATIVI**

- DM 70 del 02 aprile 2015"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"
- LR 48/2018 Piano socio sanitario regionale 2019 - 2023
- DGR Veneto 169/2016 "Definizione del profilo di competenza del coordinatore"
- DGR Veneto 1075/2017 "Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari: primi indirizzi organizzativi per le Aziende ULSS"

## **BIBLIOGRAFIA**

- Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF)- Reid R., Haggerty J McKendry MA Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity Health Care Final Report, 2002
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman G. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ 2003
- How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts - Annemarie A Uijen 1, Henk J Schers, François G Schellevis, Wil J H M van den Bosch, 2011
- What is 'continuity of care'? - Martin Gulliford 1, Smriti Naithani, Myfanwy Morgan, 2006
- Trattato di cure infermieristiche - Saiani, Brugnolli, ed. Idelson-Gnocchi 2020

## **ELENCO DEI DOCUMENTI**

Documento 1

Procedura aziendale "Metodo SBAR per il passaggio di informazioni tra professionisti/equipe"

Documento 2

Job Description Infermiere Case Manager 21.11.2022

Documento 3

Manuale utilizzo applicativo Atlante

Documento 4

Scheda Barthel index

Documento 5

SVAMA infermieristica

Documento 6

Procedura aziendale di Ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica

## **TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE**

La presente procedura si applica dalla pubblicazione nel sito Intranet aziendale e rimane in vigore fino a successiva revisione.