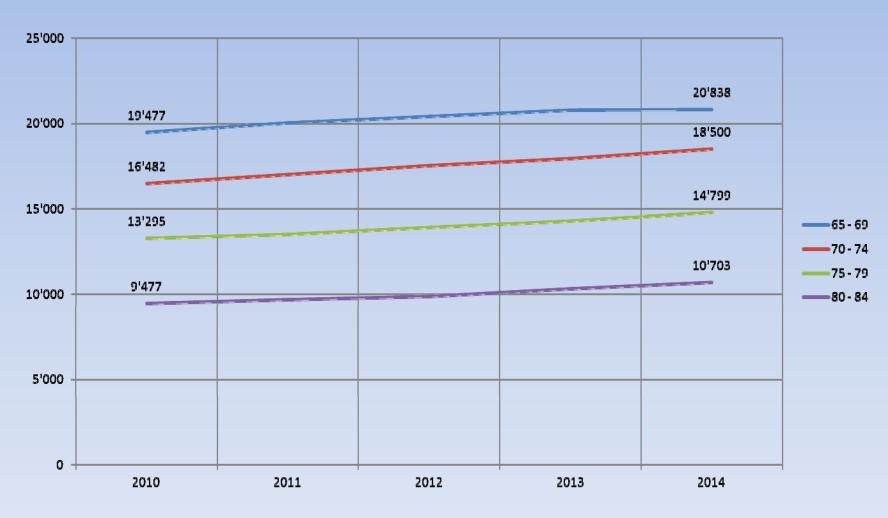
# Prassi infermieristiche e criticità di cura



## Principali cambiamenti nei reparti dal 2005

- Ap DRG
- Passaggio da cure funzionali al PN e alle CBR
- Swiss DRG
- Introduzione GECO, cartella informatizzata
- Introduzione grafico informatizzato
- Aumento pazienti con più patologie croniche contemporaneamente

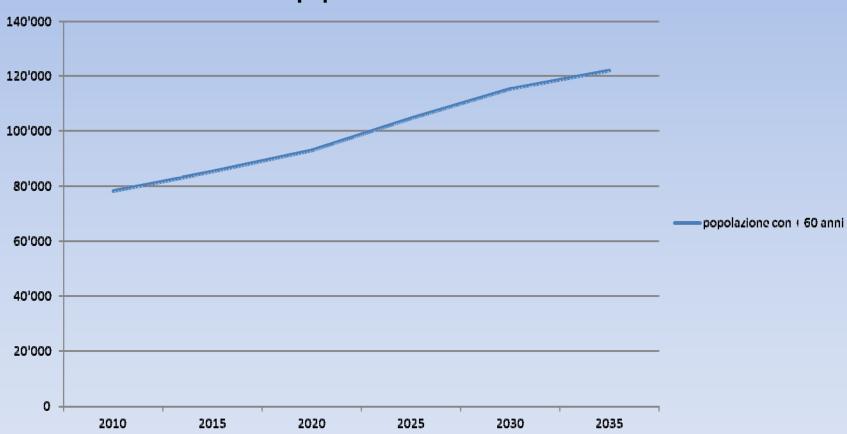
### Invecchiamento della popolazione TI



Fonte: USTAT Bellinzona

### Scenario futuro invecchiamento TI

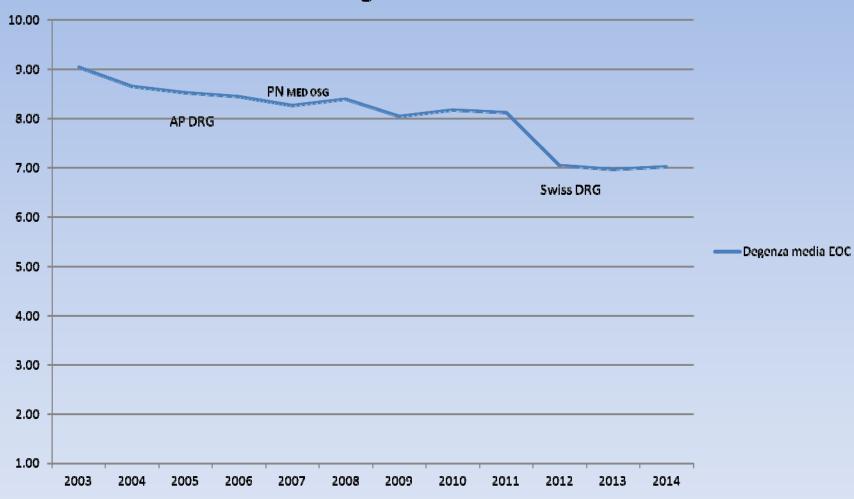




Fonte: Service cantonal de recherche et d'information statistiques (SCRIS), Losanna e Ustat, Bellinzona

### Degenza media

#### Degenza media EOC



Fonte: Statistica medica (MS) e Statistica ospedaliera (KS), Ufficio federale di statistica, Neuchâtel; elaborazione Dipartimento della sanità e della socialità, Unità statistiche sanitarie, Bellinzona

## Cosa richiede questo scenario?

Sviluppo costante del
Sapere
Saper essere
Saper fare
Elasticità e adattamento

Ma anche «saper fare bene con poco»

## La prassi infermieristica si è realmente adeguata ai cambiamenti?

- 1. Nella pratica professionale viene considerata la durata della degenza?
- 2. C'è veramente interdisciplinarietà con i medici?
- 3. Agli infermieri viene data responsabilità/autorità?
- 4. Gli infermieri si assumono la responsabilità?
- 5. Nei reparti è veramente il paziente al centro?
- 6. C'è continuità nel processo di cura?
- 7. Il mgmt crea le condizioni di lavoro favorevoli e conosce i bisogni degli infermieri?

#### Es. punto 1 e 2: durata e interdisciplinarietà

• Paziente entra in reparto alle 11.00 per un decorso enzimatico cardiaco: (Il primo, fatto in PS è negativo, da ripetere altri due in giornata).

L'infermiera lo prende in carico come qualsiasi altro paziente, indipendentemente dalla Dg medica:

- Anamnesi completa pianifica obiettivi pianifica azioni
   compila tutta la documentazione imposta le terapie.
- Ore 15.00 consegna al letto del paziente, secondo prelievo per enzimi cardiaci = negativo
- Ore 17.00 Riunione medici
- Ore 17.30 il paziente viene dimesso senza il terzo prelievo in quanto il Primario ritiene che non ha nessuna indicazione.

### Esempio punto 3 «dare responsabilità»

Le regole fondamentali che bisogna applicare per ogni paziente ricoverato, indistintamente (catena di montaggio):

- Dovete compilare l'anamnesi entro le 48 ore!
- Dovete scrivere il macrofocus «Dimissione» entro il 4° giorno di degenza!
- Dovete pianificare almeno 1 obiettivo di ricovero!
- Dovete essere pronti per la visita medica alle 9.00!
- Dovete preparare il rapporto di trasferimento M-INF-0XX due giorni prima della dimissione!
- Dovete fare almeno 1 colloquio di ammissione, 1 di decorso al giorno e 1 di dimissione!

### Esempio punto 4: «assumere la responsabilità»

Riflettere sulle proprie conoscenze/azioni per stabilire\_e decidere come agire (con responsabilità).

Macrofocus: «chiedere al medico se si possono sospendere i parametri vitali 4 volte al di' in quanto sono già da 7 giorni nella norma».

**Macrofocus:** «Sospesa la misurazione dei parametri vitali in quanto nella norma».

### Es. punto 5 «centralità del paziente»

Durante la visita medica chi è veramente al centro?



## Esempio punto 6 «Continuità»

Il percorso del paziente:

Ospedale di zona – ospedale regionale – casa per anziani

3 anamnesi infermieristiche (spesso con dati contrastanti)

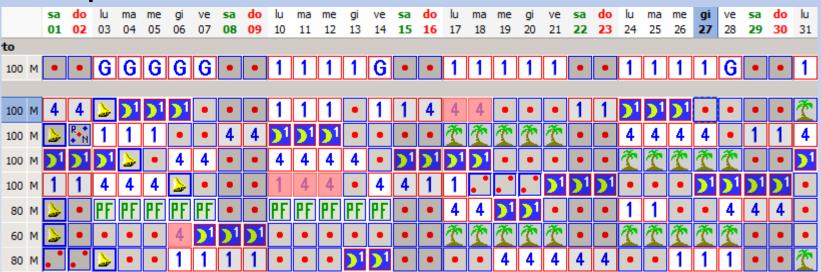
3 piani di cura che vanno in direzioni completamente diverse

Basterebbe chiedere al paziente cosa vuole per se e perseguire tutti lo stesso obiettivo, possibilmente quello del paziente.

### Punto 7 «Mgmt»

- Quanti capi hanno provato fare tutto quello che richiedono ai propri collaboratori?
- Ci sono le condizioni per assegnare i pazienti secondo le competenze degli infermieri o si assegna a chi c'è in turno?
- Assicuro continuità nelle cure per favorire un rapporto infermiere / paziente?

- Degenza media 18 gg
- Attività principali per l' IR il mattino
- Visita medica di lunedì
- 18 posti letto



Continuità