



Università degli Studi di Torino
Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie
Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche
Corso di Laurea in Infermieristica
Sede di Torino

INTRODUZIONE

Funzione infermieristica cronicità presidio ospedaliero/AO

La continuità delle cure è necessaria per la presa in carico del paziente e del suo nucleo familiare.

L'obiettivo di migliorare la continuità delle cure affinché non si verifichi interruzione di assistenza emerge dal patto per la Salute 2014 – 2016, che all'art. 5 (assistenza territoriale) ed all'art. 6 (assistenza socio sanitaria) definisce obiettivi e criteri per la continuità assistenziale e l'integrazione Ospedale – Territorio.

Il Piano Nazionale Cronicità del Luglio 2016 richiama l'attenzione sul fatto che il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita, che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e necessita di servizi residenziali e domiciliari

Tenuto conto che l'elemento centrale del processo di continuità assistenziale è “la presa in carico globale” del paziente, è importante identificare gli strumenti (le reti, le attività, i ruoli e le competenze) che garantiscano un percorso integrato di continuità ospedale – territorio.

La continuità è un processo dove, individuati i bisogni del paziente, viene prestata assistenza continuativa da un livello di cura ad un altro sia esso domicilio, ospedale o altre realtà.

Tutto questo necessita di competenze specifiche per effettuare la sintesi fra gli aspetti clinico-assistenziali e gli aspetti prettamente gestionali.

All'interno delle A.O. si inserisce la figura dell'infermiere del NOCC comparabile come ruolo a quello dell'infermiere di famiglia e comunità sul territorio; il suo modello di riferimento è il case manager

L ' infermiere del NOCC ha il mandato di:

- individuare e proporre la continuità di cure più appropriato e sostenibile
- migliorare la compliance l'aderence e la concordance al progetto di care e aumentare la soddisfazione del paziente e dei familiari e favorire l'empowerment
- ottimizzare i percorsi ponendosi come facilitatore e catalizzatore dell'integrazione con il territorio
- contribuire a ottimizzare i tempi di degenza, cercando di ridurre i ricoveri impropri.
- rappresentare uno snodo di integrazione con il territorio nei percorsi di cronicità
- coinvolgere attivamente il soggetto di cura e la famiglia/care giver nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale
- contribuire a trovare le soluzioni ai bisogni di salute e a gestire le malattie croniche e la disabilità
- presidiare e facilitare i percorsi nei diversi servizi utilizzando le competenze presenti nella rete
- essere riferimento del paziente e dei care giver
- farsi carico dell'organizzazione degli addestramenti,la dove previsti, dei care giver extra-familiari e di quelli che vengono inseriti durante tutta la vita del paziente, dei refresh del personale infermieristico che opera sul territorio.

L'infermiere del NOCC opera in collaborazione con il MMG e PdLS e l'equipe multiprofessionale

L'infermiere è parte attiva nella Transitional care (processo di passaggio di competenze e responsabilità dal team socio-assistenziale pediatrico al team dell'adulto) e il processo di assunzione di responsabilità da parte del paziente che diventa soggetto autonomo rispetto alla famiglia

Gli operatori dei NOCC delle varie realtà ,svolgono riunioni periodiche e con i componenti del NDCC ,al fine di confrontarsi ,aggiornarsi e svolgere un azione sinergica per favorire il percorso integrato di continuità ospedale /territorio

Pdta
territorio-ospedale-territorio
piani terapeutici
percorso
interlocutori
comunicazione
domicilio? Ospedale comunità setting valutazione multidimensionale
mmg pediatra adi ifec ...
multidisciplinare
educazione terapeutica
counselling con specialisti
modello presa in carico case management
reti
care giver l'empowerment dei care-giver e delle persone di riferimento;
ausili-pratiche uffici competenza per fornitura materiali
attivazione/riattivazione/aggiornamento servizi territoriali
contatto servizio sociale ospedaliero per aspetti di competenza
presa in carico ospedaliera da parte dei servizi - presa in carico congiunta
piattaforma condivisa per continuità - FSE che funziona?
Riunioni tra nocc
riunioni con territorio e figure confronto, incontri periodici
formazione

continuità assistenziale
percorso continuità di cure
empowerment
facilitatore catalizzatore

garantire nelle ao
proporre percorso di co
continuità di cure più appropriato e sostenibile
migliorare la compliance l'aderence e la concordance al progetto di cure e aumentare la soddisfazione del paziente e dei familiari e favorire
l'empowerment

ottimizzare i percorsi ponendosi come facilitatore e catalizzatore dell'integrazione con il territorio
contribuire a ottimizzare i tempi di degenza
rappresentare uno snodo di integrazione con il territorio nei percorsi di cronicità
coinvolgimento attivo individuo e famiglia nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale

sintesi tra aspetti clinico assistenziali e aspetti prettamente gestionali

premessa
infermiere
infermiere nocc AO /presidi
piano cronicità

prima diagnosi/acuzie in cronico

OFFERTA FORMATIVA

INFORMAZIONI STRUTTURALI	
➤ Presidio	CTO
➤ Dipartimento	Qualità e Sicurezza delle cure
➤ Struttura organizzativa (specificare se Reparto di degenza, DH, AMB, etc)	Nucleo Ospedaliero Continuità Cure; Nocc
➤ Modello organizzativo (funzionale, piccole équipe...)	

TIPOLOGIA DI UTENZA	
➤ Tipologia di ricovero prevalentemente (urgente, programmato, trasferimento)	Programmato urgenza
➤ Fasce di età prevalenti.	50-85
➤ Problemi clinici prevalenti	Trauma, oncologico, ortopedico

IN RELAZIONE AI PROBLEMI PRIORITARI DI SALUTE SOTTOELENCATI, INDICARE QUALI CARATTERIZZANO LA VOSTRA REALTA', PRECISANDO LA FREQUENZA CON + (presente saltuariamente), ++ (molto presente), +++ (presenza quasi esclusiva)	
⇒ M. CARDIOVASCOLARI	++
⇒ M. CEREBROVASCOLARI	++
⇒ M. RESPIRATORIE	++
⇒ M. SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO	++
⇒ M. INFETTIVE	+++
⇒ M. TUMORALI	+++
⇒ TRAUMI	+++
⇒ M. DISMETABOLICHE: - DIABETE	+++
⇒ NEFROPATIE	+
⇒ M. GASTROENTEROLOGICHE	+
⇒ SALUTE ANZIANI	+++
⇒ DISAGIO MENTALE	++
⇒ M. UROLOGICHE	+
⇒ ALTRO (specificare)	

COMPETENZE
FUNZIONE ASSISTENZA

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI	ATTIVITA'
1. Stabilire una relazione con la persona assistita e con le persone di riferimento adattando la comunicazione, tenendo conto delle loro reazioni al problema di salute, al trattamento ai contesti di cura e astenendosi da giudizi di valore.	Creare attraverso la relazione ed in considerazione delle tempistiche di presa in carico, un colloquio atto ad instaurare un rapporto di fiducia reciproca con la persona e/o il Care giver Individuare le figure professionali che devono essere coinvolte sia all'interno dell'ospedale all'esterno.	Raccolta dati attraverso specifica documentazione e colloquio figure coinvolte nell'assistenza. Colloquio con l'utente e/o Care giver da lui identificato. Creare setting di cura adeguato. Attivare strategie comunicative. Comunicazione empatica.
2. Identificare i bisogni di assistenza infermieristica della persona assistita valutandone il livello di autonomia in rapporto al problema di salute, al percorso diagnostico e terapeutico e al suo progetto di vita.	Valutazione dei bisogni assistenziali in essere, tenendo conto anche di quelli che potrebbero manifestarsi fuori dal setting ospedaliero, considerando la difficoltà di realizzazione	Attraverso il colloquio con l'utente o il Care giver, raccogliere l'anamnesi infermieristica, come ad esempio la presenza di barriere architettoniche. Compilazione della modulistica del NOCC da inviare verso il setting di cure indicato. Se richiesto dal territorio, addestramento del Care giver in tecniche specifiche (esempio: medicazione)
3. Programmare e attuare le prescrizioni diagnostiche e terapeutiche.	Produrre modulistica adeguata per la fornitura di presidi e/o ausili necessari alla realizzazione del percorso di cure post ricovero.	Conoscenza della modulistica. Conoscenza dei percorsi e dei contatti delle ASL e delle Strutture. Nelle situazioni complesse dal punto di vista sanitario, o per mancanza di Care giver, segnalazione in fase di dimissione al NDCC di competenza territoriale, garantendo alla persona assistita la continuità assistenziale.

4. Monitorare gli effetti dei trattamenti effettuati, rilevando i segni e i sintomi die ventuali effetti collaterali, situazioni critiche o complicanze e adottando i necessari provvedimenti.	Valutazione in Itinere del programma di dimissione concordato, influenzato dall'andamento clinico della persona assistita, considerando l'insorgenza di complicanze cliniche o del rifiuto del setting di cura inizialmente proposto.	Aggiornamento continuo della situazione clinico-assistenziale della persona assistita con le figure coinvolte. Rivalutazione del percorso di dimissione in base alla nuova situazione clinica.
5. Organizzare le attività assistenziali in base alle esigenze delle persone assistite, al contesto organizzativo specifico e all'utilizzo ottimale delle risorse disponibili.	Conoscenza delle ASL e nello specifico di tutte le modalità messe in atto dal territorio, che variano spesso da distretto a distretto. Gestione dei pazienti fuori Regione	Mappatura del territorio. Qualora fosse possibile ,sarà organizzata la presa in carico al domicilio del p.te per poter permettere allo studente di conoscere la realtà del territorio e di sperimentarsi nel passaggio di informazioni ai colleghi delle cure domiciliari Collaborare con l'identificazione del setting di cura con le figure sanitarie preposte, con i servizi sociali dove necessario.