

Luigi Di Loro

Infermiere, UO Urologia, IRCCS
Ospedale San Raffaele, Milano
*RN. Nurse, Urology ward, IRCCS Ospedale
San Raffaele, Milan*

Laura Angela Nespoli

Infermiere, UO Urologia, IRCCS
Ospedale San Raffaele, Milano
*RN. Nurse, Urology ward, IRCCS Ospedale
San Raffaele, Milan*

Mattia Boarin

Infermiere, UO Urologia, IRCCS
Ospedale San Raffaele, Milano
*RN, MScN. Nurse, Urology ward, IRCCS
Ospedale San Raffaele, Milan*

Giulia Villa

Coordinatore Infermieristico, UO
Urologia, IRCCS Ospedale San
Raffaele, Milano
*ENG. RN, MScN, PhD. Head nurse, Urology
ward, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milan
villa.giulia@hsr.it*

La valutazione della complessità assistenziale del paziente urologico: riorganizzazione di un'unità operativa chirurgica

Evaluation of the urological patient's care complexity: re-organization of a surgical operating unit

**CONTESTO**

Nell'unità operativa (UO) di Urologia dell'Ospedale San Raffaele (Milano) ogni anno vengono effettuati circa 3000 ricoveri e 2500 interventi chirurgici. Le patologie trattate sono principalmente quelle oncologiche a carico dell'apparato urinario e dell'apparato genitale maschile, seguite dalle patologie benigne quali ipertrofia prostatica benigna, calcolosi urinaria; in minor misura si occupa anche di urologia funzionale e infertilità di coppia. Il case-mix dei pazienti e il loro elevato turnover ha spinto lo staff infermieristico ad interrogarsi sulle modalità di organizzazione dell'assistenza, che non sembrava rispondere tempestivamente alle esigenze dei pazienti e risultava dispersiva in termini di riconoscimento precoce di eventuali complicanze o problemi. L'organizzazione prevedeva infatti la suddivisione dei 47 posti letto in due gruppi omogenei all'interno dei quali gli infermieri assistevano i pazienti seguendo un modello tecnico-funzionale per compiti che non assolveva alla sua caratteristica di efficienza: tale organizzazione determinava una frammentazione dell'assistenza, non garantendo una completa presa in carico del paziente. L'organizzazione quotidiana risultava inoltre faticosa per

l'assenza di pianificazione del lavoro e delle priorità, in quanto basata su due gruppi omogenei con un mix di complessità assistenziale e conseguente dispersione dei pazienti critici e complessi.

PROGETTO

Nella prima fase del percorso di riorganizzazione è stata condotta un'analisi organizzativa con l'obiettivo di identificare le criticità percepite dagli infermieri e dagli operatori di supporto; sono state inoltre raccolte le riflessioni dello staff medico e del Direttore dell'UO, circa il loro punto di vista rispetto all'assistenza. Dopo la prima fase di raccolta delle criticità e di studio del problema, si è deciso di procedere alla seconda fase di progettazione della nuova organizzazione. Un gruppo di infermieri esperti supervisionati dal coordinatore infermieristico, con la collaborazione di alcuni operatori di supporto, hanno identificato un modello di assistenza basato sulla valutazione della complessità dei pazienti, attraverso

Tabella 1: Aree colore e criteri di allocazione

AREA COLORE	CRITERI DI INGRESSO (se presente ALMENO UN CRITERIO)	CRITERI DI USCITA (se presente ALMENO UN CRITERIO)
AREA ROSSA	<ol style="list-style-type: none"> Paziente sottoposto a: <ul style="list-style-type: none"> Trombectomia cavale Rc fino a GPO 2 Nefrectomia/Tumorectomia renale fino a GPO 2 Paziente trasferito da Terapia Intensiva Instabilità clinica o altra complicanza in paziente di AREA GIALLA/VERDE con scala NEWS ≥ 7 	<ol style="list-style-type: none"> Paziente sottoposto a RC in GPO 3 (se decorso non complicato) Paziente sottoposto a Nefrectomia/Tumorectomia renale in GPO 3 (se decorso non complicato) Stabilità clinica con Scala NEWS ≥ 7 per almeno 24 ore
AREA GIALLA	<ol style="list-style-type: none"> Paziente sottoposto a: <ul style="list-style-type: none"> RC in GPO 3 RRP/RARP/ATV Pielolitotomia/PGPU Paziente con i seguenti rischi correlati all'ingresso (se presenti almeno 2 su 3): <ul style="list-style-type: none"> Barthel score ≥ 25 Braden score ≥ 16 Conley score ≤ 2 	
AREA VERDE	<ol style="list-style-type: none"> Paziente sottoposto a intervento di ENDUROLOGIA <ul style="list-style-type: none"> TURBK/ TURBN/TURP/HOLEP/TUIP URS/RIRS/Litotrissa Uretrotomia endoscopica Paziente sottoposto a CHIRURGIA MINORE <ul style="list-style-type: none"> procedure su apparato genitale maschile procedure per incontinenza urinaria Paziente sottoposto a procedure in SEO Ricovero per riammissione da PS (se non presenti i criteri per AREA GIALLA 2/ROSSA 3) 	

so la definizione di criteri clinici e assistenziali condivisi con tutto il team di cura. Tale riorganizzazione ha previsto la suddivisione dell'UO in tre aree colore, con la conseguente allocazione dei pazienti in relazione alla complessità clinica e assistenziale. Nell'area rossa, a cui sono stati destinati 6 posti letto, è sempre garantita nei giorni infrasettimanali, sia nel turno diurno sia in quello notturno, la presenza di un infermiere dedicato; nell'area gialla (19 posti letto) e nell'area verde (17 posti letto) è invece prevista la presenza di un infermiere nei turni diurno e notturno, con un operatore di supporto nel turno diurno. La tabella sottostante mostra in sintesi i criteri di ingresso e di uscita dalle tre aree colore. (Tabella 1)

L'allocazione dei pazienti nelle tre nuove aree colore ha contestualmente fatto emergere la necessità di rivedere alcuni processi assistenziali e la documentazione utilizzata, con l'obiettivo di migliorare in modo significativo il flusso delle attività e ottimizzando il percorso di cura del paziente. È stata introdotta la figura dell'**infermiere di flusso**, un infermiere che gestisce i ricoveri e le dimissioni dei pazienti, si occupa delle chiamate dalla sala operatoria (mediante l'attivazione di un cercapersone) per la preparazione dei pazienti operandi e della loro accoglienza dopo l'intervento. È stato introdotto un **modulo per il passaggio di consegne informatizzato**, con lo scopo di garantire un maggior focus sui pazienti presi in carico rendendo immediata la reperibilità delle

informazioni rilevanti, semplificando e velocizzando il processo di trasmissione. Questo rappresenta un supporto al diario infermieristico, permettendo una visione sintetica dello stato di salute del paziente e facilitando l'annotazione turno per turno delle informazioni salienti per il passaggio di consegne; il modulo è accessibile a tutto il team di cura da ciascuna postazione informatica. Per migliorare la gestione del flusso dei pazienti è stata inoltre introdotta un'**agenda dei ricoveri informatizzata**: questo strumento permette una migliore gestione del flusso pazienti in ingresso e in uscita dall'UO, garantendo lo scambio di informazioni in tempo reale tra il personale amministrativo responsabile dei ricoveri e tutto il team di cura, in quanto accessibile da ciascuna postazione informatica.

Valutazione del progetto: punti di forza

La nuova organizzazione è stata sperimentata per sei mesi, durante i quali lo staff ha potuto raccogliere le segnalazioni e le criticità emerse con le rispettive possibili soluzioni su una tabella informatizzata accessibile a tutti. Un incontro in plenaria al termine del periodo stabilito per la sperimentazione ha permesso di condividere i principali punti di forza del progetto. La riorganizzazione, con la suddivisione dell'UO nelle tre aree colore e l'allocazione dei pazienti in relazione alla complessità clinica e assistenziale, ha per-

messo innanzitutto il passaggio da un modello tecnico-funzionale per compiti ad un modello professionale con al centro la presa in carico del paziente e lo sviluppo-valorizzazione del professionista. Ha contribuito inoltre al rafforzamento della pianificazione del lavoro su priorità. Inoltre, mentre in precedenza la presa in carico del paziente risultava frammentata e dispersiva, oggi lo staff è distribuito nelle tre aree, con un miglioramento della presa in carico del paziente per la continuità infermiere-area. Dall'analisi organizzativa iniziale il modello di trasmissione delle informazioni cliniche era risultato poco efficace: la riorganizzazione ha permesso di snellire il passaggio di consegne con una riduzione dei tempi, anche attraverso l'utilizzo del modulo consegne informatizzato che contribuisce ad avere un maggiore focus sulla specifica area. Vi è stata anche una riduzione della necessità di uscita ritardata nel turno pomeridiano, precedentemente molto frequente a causa del passaggio di consegne prolungato. L'introduzione di una standardizzazione del monitoraggio dei parametri vitali nelle rispettive aree colore ha permesso di aumentare la sicurezza per i pazienti, andando nella direzione di ridurre l'assenza di standard nell'assistenza al paziente urologico. L'introduzione della figura dell'infermiere di flusso ha contribuito ad ottimizzare il percorso chirurgico del paziente, riducendo le continue interruzioni alle attività cliniche che precedentemente erano frequenti. Relativamente all'area della documentazione clinica, la riorganizzazione ne ha permesso un utilizzo come vera risorsa del processo assistenziale: la pregressa presenza di molteplici quaderni e documenti è stata superata con l'unificazione della cartella di terapia e parametri vitali per le aree gialla/verde e con la creazione di una cartella infermieristica unificata per l'area rossa. Relativamente all'area della turnistica, dai risultati dell'analisi organizzativa era emerso un elevato carico di attività nel turno notturno, soprattutto nella parte finale. Con la nuova organizzazione vi è stata una revisione completa del turno, con uno snellimento generale delle attività cliniche, attraverso uno spostamento di alcune attività dapprima garantite nella fascia oraria 5-6, comportando una maggior tutela del riposo-sonno dei pazienti e una conseguente riduzione del rischio di errore.



Valutazione del progetto: criticità

Le criticità e le rispettive soluzioni emerse, raccolte su tabella informatizzata durante il periodo di sperimentazione, sono state sintetizzate, in modo da facilitarne la condivisione in plenaria. La criticità maggiormente condivisa nello staff era rappresentata dalla gestione clinica poco differenziata tra area rossa e area gialla, con una necessità di frequenti trasferimenti tra aree colore. Inoltre, a causa della difficoltà a pianificare in anticipo il carico di lavoro per le caratteristiche di complessità dell'UO, è emerso uno squilibrio tra area rossa e gialla, che talvolta portava all'allocazione forzata di pazienti in area rossa, per riequilibrare l'impegno assistenziale. Al termine della condivisione delle criticità e della discussione sulle

possibili soluzioni, per concludere il periodo di sperimentazione e rendere maggiormente efficace la nuova organizzazione, sono emerse due proposte divergenti all'interno dello staff. La prima mirava a modificare le tre aree colore, rendendole omogenee per numero di letti e complessità assistenziale, in modo da garantire un equilibrio nel carico di lavoro; la seconda, invece, mirava a mantenere le tre aree originali differenziate per complessità, pur variandone i criteri di ingresso basati sulla procedura chirurgica e i criteri di uscita dall'area rossa. Dopo un'analisi delle due proposte, si è deciso di mantenere la suddivisione delle tre aree colore per intensità clinica e assistenziale, inserendo la proposta di collocazione del paziente in una delle aree durante il colloquio preoperatorio (con una conferma il giorno di ingresso in UO), al fine di confermare la valutazione effettuata in precedenza o eventualmente modificarla.

CONCLUSIONI

La presenza in una realtà operativa ospedaliera di un case-mix di pazienti e di un elevato turnover è direttamente correlata con le caratteristiche della chirurgia urologica, proprio per le procedure chirurgiche necessarie al trattamento di questo tipo di patologie. Il progetto di riorganizzazione dell'assistenza infermieristica centrato sulla suddivisione dell'UO nelle tre aree colore e l'allocazione dei pazienti nelle aree in relazione alla complessità clinica e assistenziale, ha permesso innanzitutto il passaggio da un modello tecnico-funzionale ad un modello professionale con al centro la presa in carico del paziente urologico e lo sviluppo-valorizzazione del professionista. Dalle riflessioni di tutto lo staff, infatti, è emersa la percezione, pur soggettiva, di miglioramento nella presa in carico del paziente e un aumento della soddisfazione professionale. La riorganizzazione ha permesso anche un rafforzamento della pianificazione del lavoro su priorità. La standardizzazione del monitoraggio dei parametri vitali differenziata nelle tre aree colore ha contribuito ad aumentare la sicurezza per i pazienti sottoposti a procedura urologica, soprattutto di elevata complessità chirurgica. La nuova organizzazione ha infine contribuito a migliorare e massimizzare il contributo del personale di supporto, con una distribuzione del carico di lavoro più centrata sul paziente.

RINGRAZIAMENTI

Grazie a tutto il personale infermieristico e di supporto del reparto di Urologia dell'Ospedale San Raffaele per aver creduto e investito in questo progetto, alla dr.ssa Mantecca per averci guidato e sostenuto nel percorso e al dr. Rolandi per averci aiutato ad analizzarlo e criticarlo. Alla Direzione delle Professioni Sanitarie, Dr. D'Alloia e dr.ssa Rossetti per averci sostenuto. Ma soprattutto grazie al Direttore di Unità Operativa, Prof. Montorsi e a tutti i medici dell'urologia, per averci permesso di sperimentare, provare e discutere la nuova organizzazione assicurandoci quotidianamente il loro sostegno e punto di vista.