

A large, faint background graphic of a hand with a red cross in the center, symbolizing care or medicine. The hand is light blue and the cross is red.

GLI ASPETTI FONDAMENTALI DELLA CURA: LE FUNDAMENTAL CARE

**L'organizzazione dell'assistenza
e le fundamental care:
presentazione di un progetto nazionale.**

Dino Stefano Di Massimo

Biella, 22 giugno 2019

I pazienti ospedalizzati in fase acuta richiedono trattamenti intensivi e spesso l'assistenza infermieristica risulta essere complessa, a causa di ciò, i bisogni espressi sono molti, urgenti e non urgenti e *spesso quelli non urgenti vengono soddisfatti quando c'è abbastanza tempo.*

[Flowers et al. 2016]

Il *livello di soddisfazione* dell'assistenza infermieristica ricevuta passa principalmente attraverso la percezione che i pazienti hanno di quanto gli infermieri siano capaci di far fronte ai loro *bisogni.*

[Meade et al. 2006]

Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study

Linda H Aiken, Douglas M Sloane, Luk Bruyneel, Koen Van den Heede, Peter Griffiths, Reinhard Busse, Marianna Diomidous, Juha Kinnunen, Maria Kózka, Emmanuel Lesaffre, Matthew D McHugh, M T Moreno-Casbas, Anne Marie Rafferty, Rene Schwendimann, P Anne Scott, Carol Tishelman, Theo van Achterberg, Walter Sermeus, for the RN4CAST consortium*

Missed care

meccanismo chiave
che spiega l'associazione tra

*nurse staffing e
outcome clinici negativi*

Summary

Background Austerity measures and health-system redesign to minimise hospital expenditures risk adversely affecting patient outcomes. The RN4CAST study was designed to inform decision making about nursing, one of the largest components of hospital operating expenses. We aimed to assess whether differences in patient to nurse ratios and nurses' educational qualifications in nine of the 12 RN4CAST countries with similar patient discharge data were associated with variation in hospital mortality after common surgical procedures.

Methods For this observational study, we obtained discharge data for 422730 patients aged 50 years or older who underwent common surgeries in 300 hospitals in nine European countries. Administrative data were coded with a standard protocol (variants of the ninth or tenth versions of the International Classification of Diseases) to estimate 30 day in-hospital mortality by use of risk adjustment measures including age, sex, admission type, 43 dummy variables suggesting surgery type, and 17 dummy variables suggesting comorbidities present at admission. Surveys of 26516 nurses practising in study hospitals were used to measure nurse staffing and nurse education. We used generalised estimating equations to assess the effects of nursing factors on the likelihood of surgical patients dying within 30 days of admission, before and after adjusting for other hospital and patient characteristics.

Findings An increase in a nurses' workload by one patient increased the likelihood of an inpatient dying within 30 days of admission by 7% (odds ratio 1.068, 95% CI 1.031–1.106), and every 10% increase in bachelor's degree nurses was associated with a decrease in this likelihood by 7% (0.929, 0.886–0.973). These associations imply that patients in hospitals in which 60% of nurses had bachelor's degrees and nurses cared for an average of six patients would have almost 30% lower mortality than patients in hospitals in which only 30% of nurses had bachelor's degrees and nurses cared for an average of eight patients.

Interpretation Nurse staffing cuts to save money might adversely affect patient outcomes. An increased emphasis on bachelor's education for nurses could reduce preventable hospital deaths.

Assistenza **reattiva**



Assistenza **proattiva**

Intentional Rounding

«metodo strutturato attraverso cui gli infermieri conducono **proattivamente** controlli ad intervalli regolari (ad intervalli di una o due ore) sui pazienti per valutare e rispondere ai loro bisogni assistenziali.»

[Meade et al. 2006; Morgan et al. 2016]



Le 4P.

- **Positioning (posizionamento):** verrà valutata la necessità di mobilizzare i pazienti;
- **Personal needs (bisogni fondamentali):** verrà valutata la necessità dei pazienti di utilizzare padelle, pappagalli, cambiare pannolone, bere ecc..;

- **Pain (dolore):** verrà valutato il dolore;
- **Possession («tutto a portata di mano»):** verrà valutato che tutto quello che il paziente potrebbe utilizzare da solo sia a sua portata di mano e viene valutata la sicurezza dell'ambiente e del paziente.

Nome e cognome del paziente:		Intentional Rounding Log																			
		Round ogni ora										Round ogni due ore									
Letto:	Data:	7am	8am	9am	10am	11am	12am	1pm	2pm	3pm	4pm	5pm	6pm	7pm	8pm	9pm	10pm	00.00	2am	4am	6am
POSITIONING (posizionamento)																					
<ul style="list-style-type: none"> Il paziente è stato mobilizzato a letto/in sedia o viceversa? È stata eseguita prevenzione per le lesioni da decubito? Il paziente è autosufficiente <input type="checkbox"/> 																					
PERSONAL NEEDS (bisogni fondamentali)																					
<ul style="list-style-type: none"> È stato accompagnato ai servizi? È stato posizionato in comoda? Ha utilizzato la padella/pappagallo? Hai dato da bere al paziente? 																					
PAIN (dolore)																					
<ul style="list-style-type: none"> Il paziente ha dolore? Hai chiamato il medico o hai somm. della terapia? 																					
PLACEMENT ("Tutto a portata di mano")																					
<ul style="list-style-type: none"> Il paziente ha l'acqua vicino a se? Il comodino è alla portata di mano? Il campanello/telecomando TV/cellulare è alla portata di mano? L'ambiente/paziente è sicuro? 																					
"COME SI SENTE?" "HA BISOGNO DI ALTRO?" (ricordare quando avverrà il prossimo round)																					
IL PAZIENTE STA DORMENDO																					
IL PAZIENTE NON E' IN REPARTO																					
RUOLO E SIGLA OPERATORE (es. I-DM /O-DM)																					

COMMENTI

Intentional Rounding in Medicina Interna: uno studio randomizzato controllato italiano.

Obiettivo.

Valutare l'impatto dell'Intentional Rounding sugli outcome clinici ed organizzativi.

Disegno di studio.

Studio randomizzato controllato a cluster.

Outcome.

- ✓ Numero di campanelli suonati;
- ✓ Incidenza delle lesioni da decubito;
- ✓ Incidenza delle cadute accidentali;
- ✓ Soddisfazione per l'assistenza infermieristica ricevuta;
 - ✓ Clima organizzativo.

Risultati

Outcome clinici

Numero di campanelli suonati

1243 vs **1537**
(braccio di controllo) (braccio sperimentale)

Incidenza lesioni da decubito

16,27 per 1000 giorni paziente vs **3,29** per 1000 giorni paziente
(braccio di controllo) (braccio sperimentale)

$p = 0.02$

Incidenza cadute accidentali

2,95 per 1000 giorni paziente vs **1,64** per 1000 giorni paziente
(braccio di controllo) (braccio sperimentale)

$p = ns$

Intentional rounding – An integrative literature review

Liz Ryan¹   | Debra Jackson^{2,3}  | Cindy Woods¹ | Kim Usher^{1,3}

Results: Intentional rounding has positive outcomes on patient satisfaction and safety. Nurses perceive benefits related to intentional rounding; however, some nurses perceive it as an additional, unnecessary task. The effectiveness of intentional rounding is influenced by external factors including leadership and formal rounding education, workload, ward layout, staffing and experience level.


Conclusion: Intentional rounding is a positive intervention in patient safety and satisfaction generally, but needs further research and consideration about actual impact, staff delegation, education and engagement, student nurse involvement, documentation and specializing the structure of intentional rounding.

KEYWORDS

clinical decision making, clinical rounds, falls, nurse–patient relationship, nursing, nursing education, patient safety, patient satisfaction, review literature

REVIEW

Intentional rounding in acute adult healthcare settings: A systematic mixed-method review

Angela Christiansen PhD, MSc, PGDipEd, BSc Hons, RN, Associate Professor, Associate Dean Teaching and Learning¹ | Linda Coventry PhD, MS, BSc, RN, Post-Doctoral Research Fellow^{1,2} | Renée Graham Research Assistant¹ | Elisabe Associate Professor, Associate Dean Nursing¹ | Di Twig Professor, Executive Dean^{1,2} | Lisa Whitehead PhD, MA Associate Dean Research¹ 

6 | CONCLUSION

The evidence on intentional rounding is mixed. Reported positive outcomes for some patient outcomes including falls and call bell use are overshadowed by the quality of the studies. This suggests a need for more robust studies to explore the impact of IR on patient outcomes. Our findings highlight the importance of a protocol for evaluation to measure the intended and unintended impact of this process change. The establishment of standardised reporting measures to enable comparisons would enhance the quality of available evidence on Intentional Rounding. In terms of barriers and facilitators to implementation, the importance of meaningful engagement of front-line staff, adequate leadership support and ongoing education are important factors relating to the feasibility of implementing IR and the sustainability of change over time.

“Intentional Rounding in Medicina Interna: uno studio randomizzato, nazionale multicentrico”

STUDIO INTENTO

PROTOCOLLO di STUDIO

Codice Protocollo: FADOI.03.2018

Promotore

*Fondazione FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti)
Sede Legale Via F. Grossi Gondi, 49 - Roma – Tel. 06.85355188
Sede Operativa Pz. Cadorna, 15 – Milano – Tel. 02.48005140*

Protocollo di Studio, versione 1 del 01/10/2018





Obiettivo.

Valutare l'impatto dell'implementazione dell'*Intentional Rounding* nella pratica assistenziale dei reparti di Medicina Interna.

Disegno dello studio.

Studio *randomizzato* a cluster, *multicentrico* che prevede la partecipazione di circa *20 Reparti di Medicina Interna* distribuiti sul territorio nazionale, che dovrebbero complessivamente arruolare circa *485 pazienti per gruppo*.

End-point primario.

Valutazione cumulativa dell'*incidenza di cadute* e della comparsa di nuove *lesioni da decubito* in pazienti ospedalizzati nei reparti di Medicina Interna.

End-point secondari.

Numero dei *campanelli suonati*, *soddisfazione dei pazienti* e *pensiero critico* degli infermieri.

Fasi operative.



ENTRO INIZIO
SETTEMBRE 2019

ARRUOLAMENTO COMPLETATO PER TUTTI I CENTRI

16 SETTEMBRE 2019

RAND &
INVESTIGATOR MEETING

ENTRO OTTOBRE 2019

FORMAZIONE AI
«CENTRI INTENTIONAL ROUNDING»

AVVIO
DELL'ARRUOLAMENTO



Lo stato dell'arte.

11 Centri hanno completato l'iter etico amministrativo

6 hanno avuto il parere del proprio CE e attendono la delibera aziendale

4 hanno avuto parere sospensivo

1 è in attesa di essere discusso in sede di CE



Conclusioni.

Perché introdurre l'IR?

PAZIENTI

Aumenta la
sicurezza
(in termini di LDD e
cadute)

Aumenta la
soddisfazione
per l'assistenza
infermieristica
ricevuta

Permette di conoscere
meglio il paziente e di
personalizzare e
pianificare meglio
l'assistenza

Per gli infermieri
neoassunti:
dà una direzione alla
valutazione del
paziente

INFERMIERI