



Team work e percezione del rischio infettivo: modelli organizzativi dell'assistenza a confronto

Tutors di ricerca

Dott.ssa Mongardi Maria

Dott.ssa Vignoli Michela

Prof.ssa Guglielmi Dina

Studenti

Buttazzi Michela

Caporali Anna

Menoni Alessia

Merla Giovanni

Pugnoli Daniela

Il Contesto

- Elevato il numero di infezioni contratte in corso di cure sanitarie¹ che hanno un impatto sulla salute dei cittadini e sui costi sociali².
- Aumento della suscettibilità dei pazienti che richiedono un intervento sanitario.
- Aumento all'esposizione di procedure diagnostiche, terapeutiche e assistenziali più a rischio.
- Antibiotico-resistenza.

Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): un problema di sanità pubblica

(1) CCM. I siti del network: Infezioni correlate all'assistenza. http://asr.regione.emiliaromagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/rischioinfettivo/gr_ist/pr_inf_ccm.htm

(2) WHO. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. World Health Organization, 2011
http://asr.regione.emiliaromagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/rischioinfettivo/gr_ist/pr_inf_ccm.htm

Il Contesto

La sfida a cui siamo chiamati è garantire^{1,2}:

- la centralità delle cure al paziente
- la personalizzazione degli interventi
- la sicurezza delle cure

1. Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by AZ.OSP.UNIVERSITA' BOLOGNA IP 137.204.230.5 Wed, 23 Jan 2013: Modelli di organizzazione dell'assistenza: sono efficaci?

2. G GERONTOL 2004;52:454-458

Il Contesto

Nell'ultimo decennio si sono sviluppati nuovi modelli organizzativi dell'assistenza che si sono aggiunti a quelli storicamente presenti nel panorama italiano¹.

1. Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by AZ.OSP.UNIVERSITA' BOLOGNA IP 137.204.230.5 Wed, 23 Jan 2013: Modelli di organizzazione dell'assistenza: sono efficaci?

Il Contesto

In Italia l'assistenza è erogata principalmente attraverso tre modelli:

- modello organizzativo-assistenziale funzionale
- modello organizzativo-assistenziale per settori
- modello organizzativo-assistenziale per intensità di cura

Il Contesto

Nel modello funzionale il lavoro si suddivide per compiti assegnati; l'organizzazione assistenziale è definita dal classico “piano di lavoro”, in cui ad ogni operatore, nel proprio turno di lavoro, è assegnata una determinata mansione, che comporta però un'assistenza frammentata e può mancare la visione d'insieme del paziente.

Nel modello per settori l'assistenza è centrata sulla persona, gli operatori non si occupano indistintamente di tutto il reparto, ma solamente di una porzione di esso (moduli di 10-12 pazienti); in questo modo l'operatore, coadiuvato da un coordinatore, riesce a conoscere meglio i pazienti e i loro bisogni.

Nella modalità organizzativa per intensità di cura avviene la valutazione e quindi la suddivisione dei pazienti in moduli o settori in base all' instabilità clinica e alla complessità assistenziale; in questo modo l'assistenza è pianificata per gradi in base all'alta, media e bassa complessità generale del paziente.

La ricerca della bibliografia

I quesiti

La percezione del rischio infettivo negli operatori sanitari cambia in base al modello organizzativo – assistenziale agito?

Il clima organizzativo presente in un contesto lavorativo favorisce l'adesione alle buone pratiche basate sull'evidenza, in termini di prevenzione delle ICA?

La leadership influisce sull'organizzazione dell'assistenza infermieristica in ambito ospedaliero e sulla qualità delle cure?

Com'è percepito il rischio infettivo dagli operatori sanitari?

Cosa dice la letteratura

La letteratura che esplora la percezione del rischio infettivo degli operatori, in relazione al team work e ai diversi modelli organizzativo assistenziali, è estremamente esigua.

Cosa dice la letteratura

C. A. Dubois et al 2013 ha trattato l'associazione tra 6 esiti assistenziali considerati nursing-sensitive e 4 modelli organizzativi dell'assistenza:

i risultati hanno mostrato come la percentuale minore di eventi negativi si è verificata nelle Unità Operative che hanno adottato un modello organizzativo-assistenziale di tipo professionale innovativo, caratterizzato da uno skill mix più ricco, un maggior numero di operatori, un ambiente di lavoro favorente alla pratica professionale ed al ruolo "intellettuale", un numero maggiore di infermieri con formazione universitaria e maggiori investimenti nell'innovazione.

R. Fernandez et al 2012, revisione sistematica per comprendere l'efficacia dei modelli organizzativi sull'organizzazione, sul personale infermieristico e su alcuni esiti di cura. L'implementazione del team nursing (piccole equipe) ha ridotto l'incidenza di errori di somministrazione ed eventi avversi legati alla via endovenosa. Diversi studi però non mostrano differenze significative.

Il nostro studio

Obiettivi :

- Studiare la relazione tra percezione del rischio infettivo degli operatori sanitari e modelli organizzativo assistenziali:

analizzare le differenze tra diversi modelli organizzativi rispetto alla percezione del rischio su 3 livelli:

- 1.Rischio dell'operatore
- 2.Rischio per il paziente (operatore come veicolo)
- 3.Omissione procedure

Il nostro studio

Il disegno dello studio è stato realizzato con un'indagine cross-sectional.

- **Sono stati utilizzati tre differenti strumenti:**
 - Questionario Operatori (medici, infermieri, OSS)
 - Questionario Leader (Direttori Unità Operativa e Coordinatori dell'assistenza)
 - Scheda Unità Operativa
- I questionari presentano una prima parte relativa ai dati socio anagrafici e da una serie di domande strutturate¹⁻⁷ con l'utilizzo di scala di valutazione a 5 punti Likert

1 Majer, V., & D'Amato, A. (2001). Majer-D'Amato organizational questionnaire (M-DOQ): questionario multidimensionale per la diagnosi del clima organizzativo. Unipress, Padova.

2 Shipton, H., Armstrong, C., West, M., & Dawson, J. (2005). The impact of leadership and quality climate on hospital performance, International Journal for Quality in Health Care, 20(6), 439-445.

3 Hampson, S. E., Severson, H. H., Burns, W. J., Slovic, P., & Fisher, K. J. (2001). Risk perception, personality factors and alcohol use among adolescents. Personality and Individual Differences, 30(1), 167-181.

4 Saccinto, e., Pietrantonio, L., Toderi, S., Prati, G. (2012). Percezione dei rischi, uso dei DPI e infortuni tra i vigili del fuoco, Giornale Italiano di Medicina del Lavoro Ed Ergonomia, 33,3 SupplB, B40-B46.

5 Karasek, R. A. (1985). Job Content Questionnaire and user's guide. Lowell: University of Massachusetts Lowell

6 Cenni, P., Barbieri, F. (1997), Karasek's Job Content Questionnaire: Una versione italiana tradotta e adattata. Report di ricerca non pubblicato.

7 Wanous, J. P., Reichers, A. E., & Hudy, M. J. (1997). Overall job satisfaction: How good are single-item casutes? Journal of Applied Psychology, 82, 247-252

Popolazione di studio

Gli operatori sanitari coinvolti nello studio sono stati:
medici, infermieri, operatori socio sanitari, direttore dell'unità operativa e coordinatore dell'assistenza.

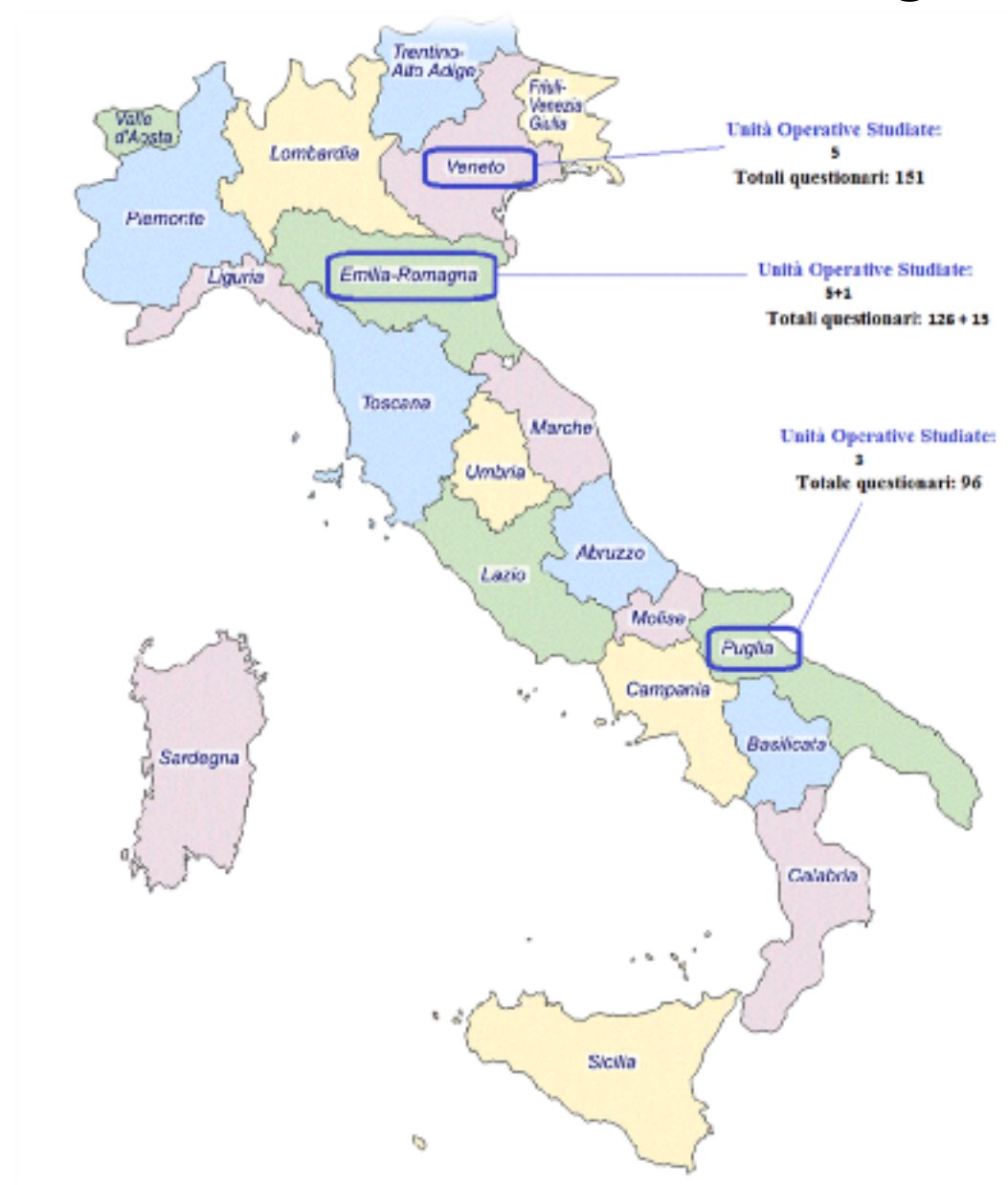
Lo studio ha coinvolto 7 Aziende Sanitarie di cui 3 della Regione Emilia Romagna, 2 della Puglia e 2 del Veneto (2 AOU, 3 AUSL, 1 IRCCS, 1 Clinica privata convenzionata), per un campione complessivo di 388 operatori sanitari.

Popolazione di studio

Le discipline coinvolte sono state la medicina generale, la lungodegenza e la geriatria per un totale di n. 14 unità operative. Le unità operative, sedi di studio, sono state scelte in base al modello organizzativo dell'assistenza adottato tra i seguenti:

- Assistenza funzionale;
- Assistenza per settori;
- Intensità di cura.

Dove è stata condotta l'indagine



Conduzione dello studio

Avvenuta in 2 fasi:

1) INFORMAZIONE AZIENDE:

- Comunicazione formale dello studio da parte dell'Università degli Studi di Parma alle Aziende arruolate
- Contatto telefonico tra gli studenti e i coordinatori assistenziali e direttori di U.O.
- Pianificazione con gli studenti e coordinatori delle date per la somministrazione degli strumenti

2) SOMMINISTRAZIONE STRUMENTI:

- Compilazione scheda U.O. da parte del coordinatore assistenziale per tracciare le caratteristiche della stessa
- Somministrazione dei 2 questionari: leader e operatori (incontri con breve presentazione dello studio, compilazione del questionario ed inserimento nell'apposita urna per garantirne l'anonimato).

Modalità di analisi dati

- Analisi descrittive sul campione (medie, percentuali)
- ANOVA (Analisi della Varianza): permette di confrontare due o più gruppi di dati confrontando la variabilità *interna* a questi gruppi con la variabilità *tra* i gruppi.
- Software utilizzato: SPSS

Dove è stata condotta l'indagine

	FUNZIONALE/ COMPITI	SETTORE	INTENSITA' DI CURA
MEDICINA GENERALE	<ul style="list-style-type: none"> - IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" - Modena - NOCSAE - P.O.Bari sud Ospedale Fallacara 	<ul style="list-style-type: none"> - AOU Padova - San Bonifacio 	<ul style="list-style-type: none"> - Ferrara AUSL , Ospedale SS. Annunziata di Cento
GERIATRIA	<ul style="list-style-type: none"> - Modena – NOCSAE 	<ul style="list-style-type: none"> - AOU Padova - San Bonifacio 	<ul style="list-style-type: none"> - IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza"
LUNGODEGENZA	<ul style="list-style-type: none"> - Hpf Parma - Modena - NOCSAE 	<ul style="list-style-type: none"> - San Bonifacio 	/

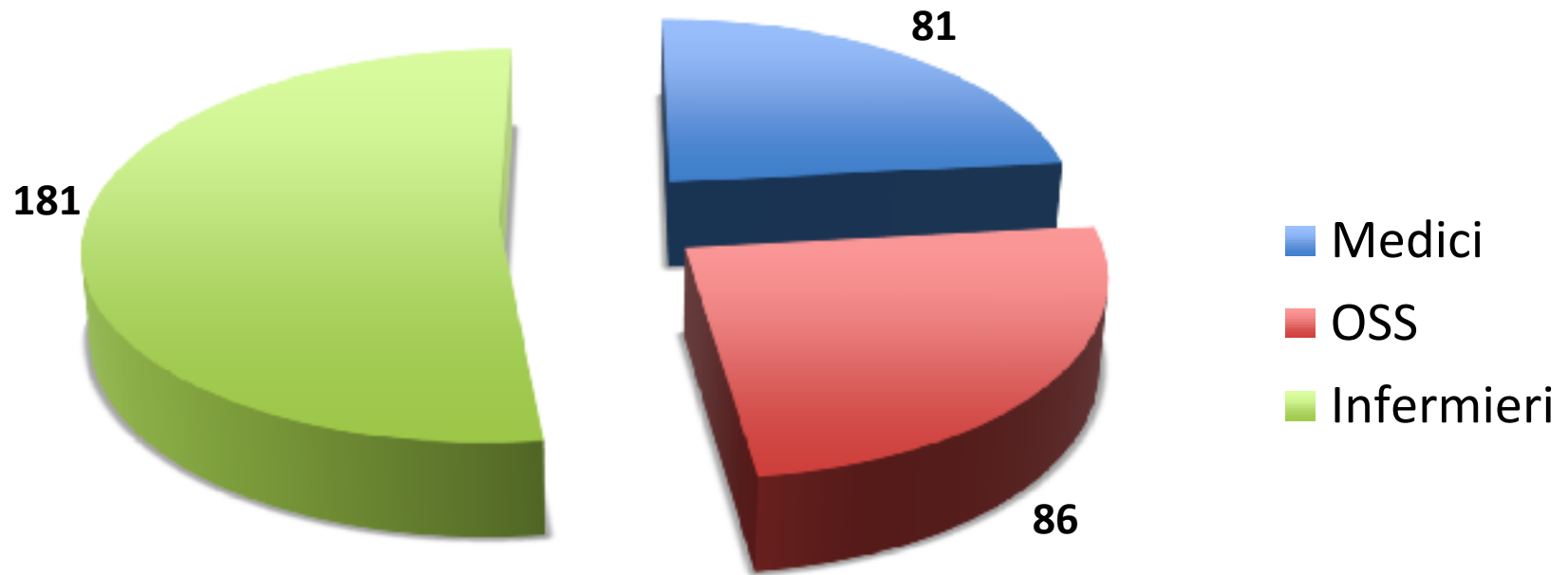
Modelli organizzativi e unità operative

	MEDICINA GENERALE	GERIATRIA	LUNGODEGENZA	TOTALE
FUNZIONALE/ COMPITI	84	25	40	149
SETTORE	86	36	21	143
INTENSITA' DI CURA	35	21	0	56
TOTALE	205	82	61	348

Modelli organizzativi e operatori

	FUNZIONALE/ COMPITI	SETTORE	INTENSITA' DI CURA	Totale
N	149	143	56	348
Età	43.39	39.68	43.57	41.91
Genere	66.4% F	73.4% F	67.9% F	69.5% F
% Laureati	48%	69.9%	41.8%	55.9%
% FT Indet	77.9%	74.8%	73.2%	75.9%
Anz. Struttura	11.78	10.35	14.98	11.71
Anz. Reparto	9.30	7.59	10.47	8.78
Ruolo	21.5% medici 28.2% OSS 50.3% infermieri	25.2% medico 23.1% OSS 51.7% infermiere	23.2% medico 19.6% OSS 57.1% infermiere	23.3% medico 24.7% OSS 52% infermiere

Ruoli coinvolti



Modelli organizzativi /leader e unità operative

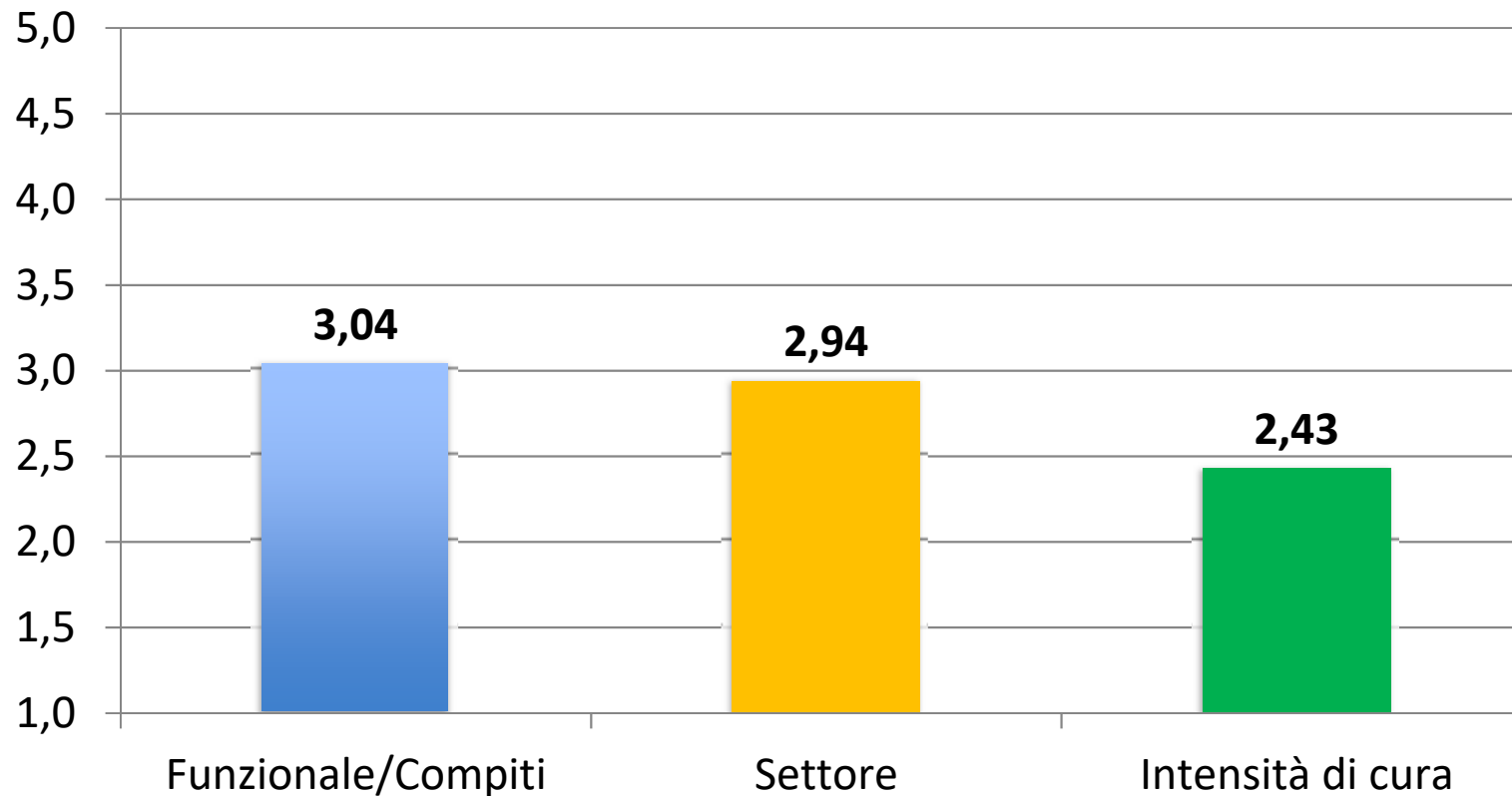
	MEDICINA GENERALE	GERIATRIA	LUNGODEGENZA	TOTALE
FUNZIONALE/ COMPITI	6	2	4	12
SETTORE	3	3	2	8
INTENSITA' DI CURA	3	2	0	5
TOTALE	12	7	6	25

Modelli organizzativi e leader

	FUNZIONALE/ COMPITI	SETTORE	INTENSITA' DI CURA	Totale
N	12	8	5	25
Età	54.58	49.62	52.2	52.52
Genere	50% F	75% F	60% F	60% F
% Laureati	50%	57.1%	20%	45.8%
% FT Indet	91.7%	100%	100%	96%
Anz. Struttura	19.42	23.25	23.60	21.48
Anz.	13.5	11.25	16.6	13.4
Ruolo	41.7% Dir. UO 58.3% C. Ass.	25% Dir. UO 75% C. Ass.	40% Dir. UO 60% C. Ass.	36% Dir. UO 64% C. Ass.

Rischio dell'operatore

(Quanto si sente esposto alle seguenti condizioni potenzialmente pericolose)
Contatto liquidi biologici durante l'inserzione e la gestione del catetere vescicale

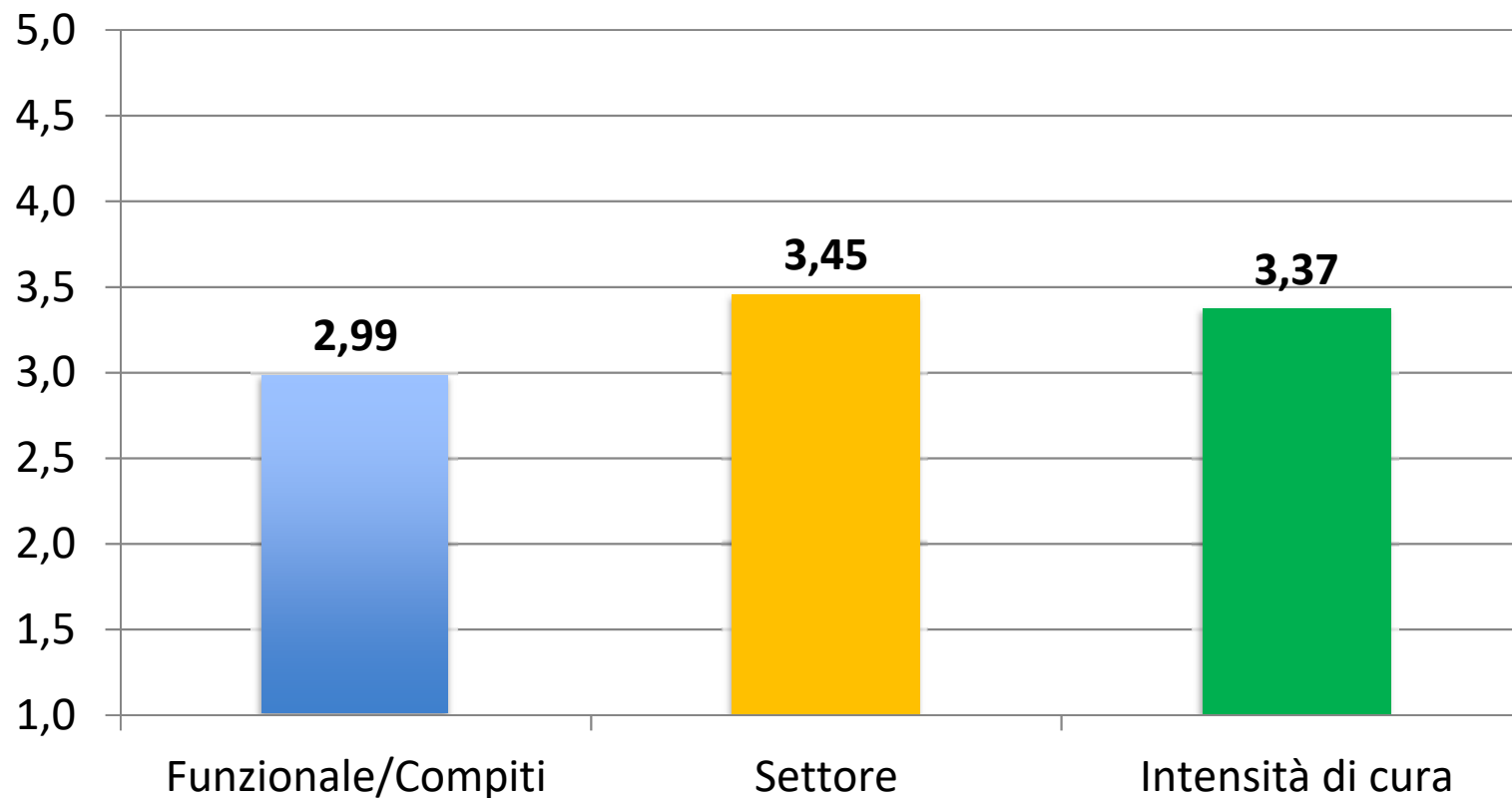


ANOVA. F= 4.33; p=.014

Percezione controllo contatto liquidi biologici

(Nella sua attività lavorativa, quanto ritiene che le sue competenze e la sua esperienza professionale le consentano di poter controllare o evitare i seguenti pericoli)

Contatto liquidi biologici durante le pratiche assistenziali

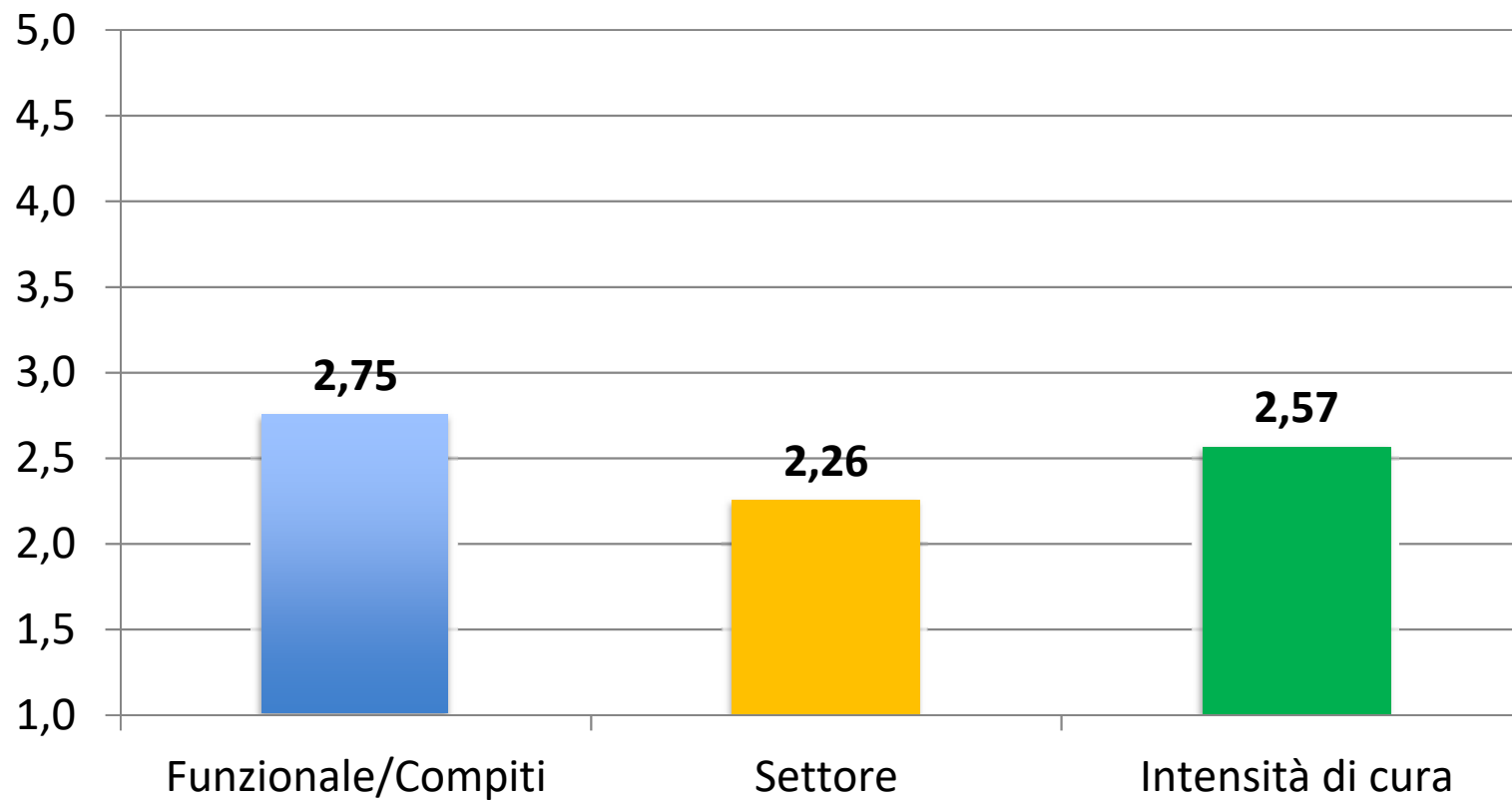


ANOVA. F= 6.078; p=.003

Omissione procedure

(Con che frequenza le è capitato di omettere le seguenti misure quando invece erano necessarie)

Cambio dei guanti tra un paziente e l'altro

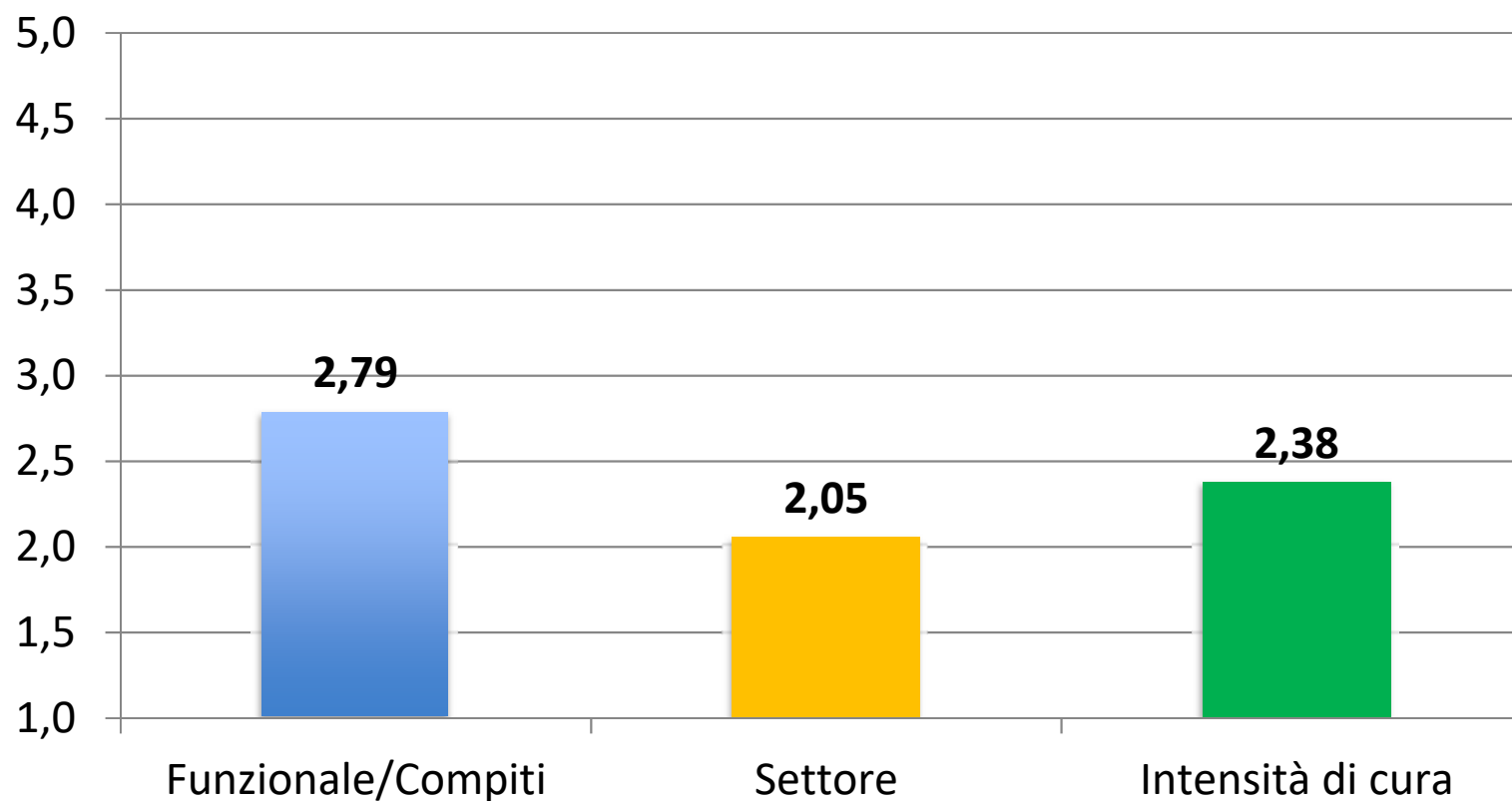


ANOVA. F= 3.419 p=.034

Omissione procedure

(Con che frequenza le è capitato di omettere le seguenti misure quando invece erano necessarie)

Igiene dell'area genitale del paziente previo posizionamento del catetere vescicale

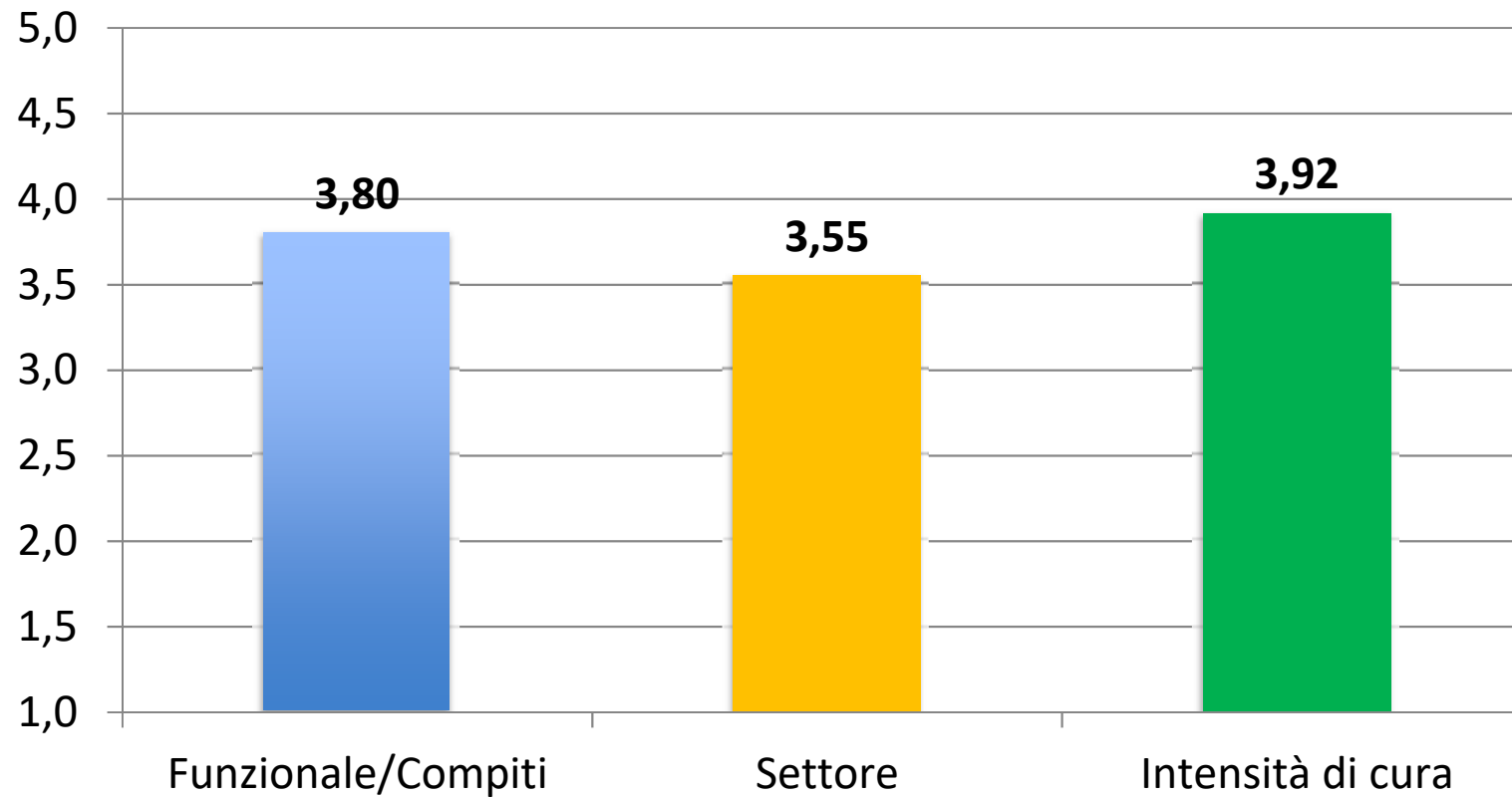


ANOVA. F= 6.749 p=.001

Adeguata formazione

(Quanto ritiene adeguata la formazione ricevuta sulle procedure di sicurezza riguardante le seguenti pratiche assistenziali)

Assistenza dei pazienti colonizzati/infetti da Clostridium difficile

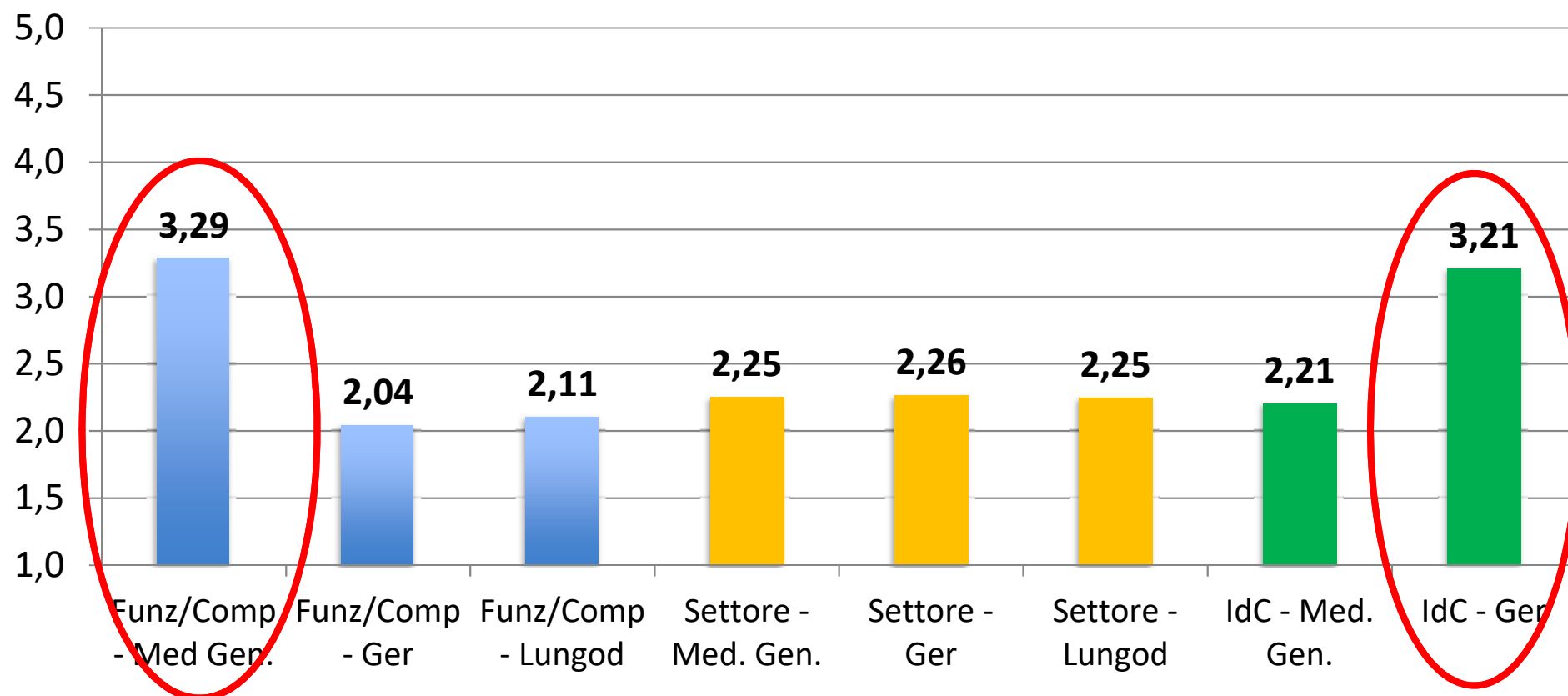


ANOVA. F= 3.003 p=.051

Omissione procedure

(Con che frequenza le è capitato di omettere le seguenti misure quando invece erano necessarie)

Cambio dei guanti tra un paziente e l'altro

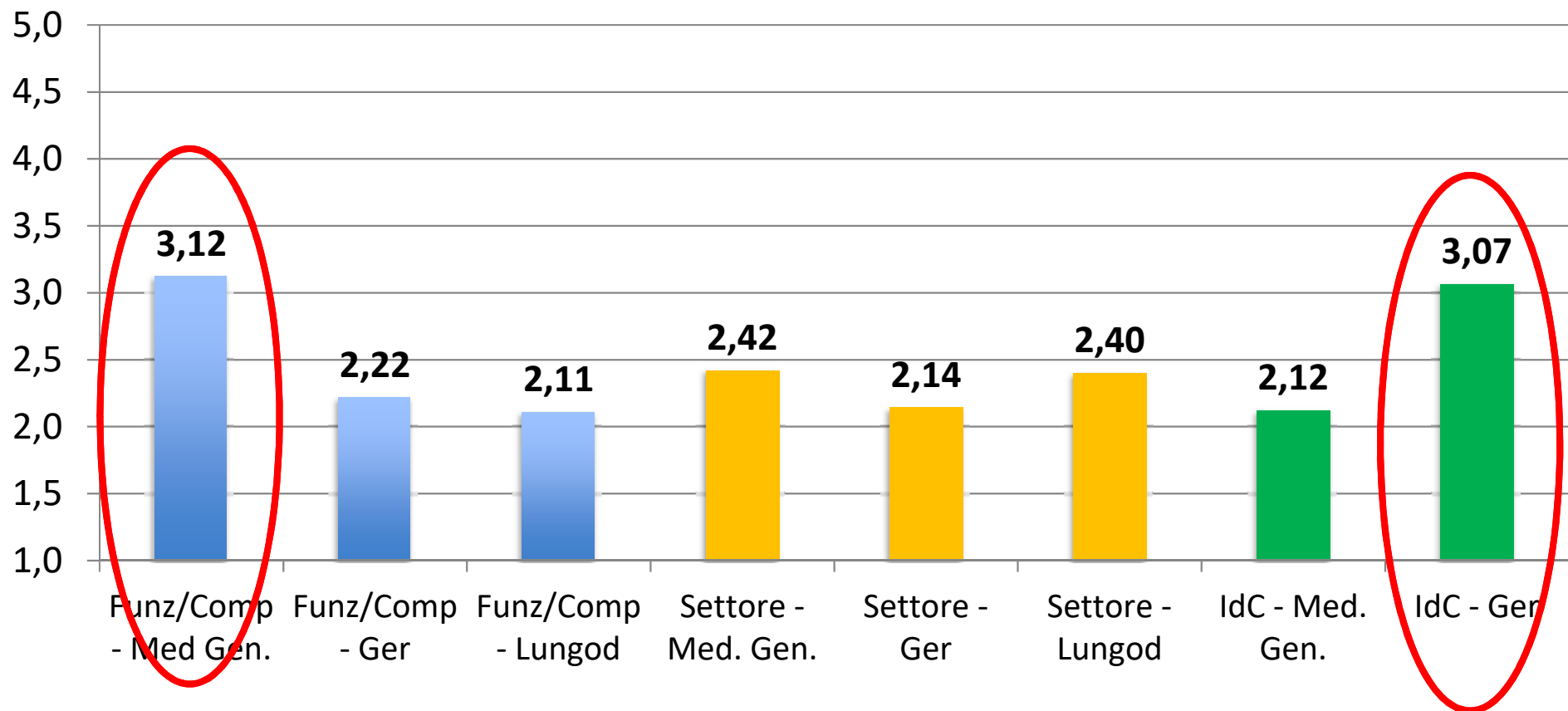


ANOVA. F= 4.765 p=.000

Omissione procedure

(Con che frequenza le è capitato di omettere le seguenti misure quando invece erano necessarie)

Uso di camice monouso durante l'assistenza di pazienti colonizzati/infetti da *Clostridium difficile*

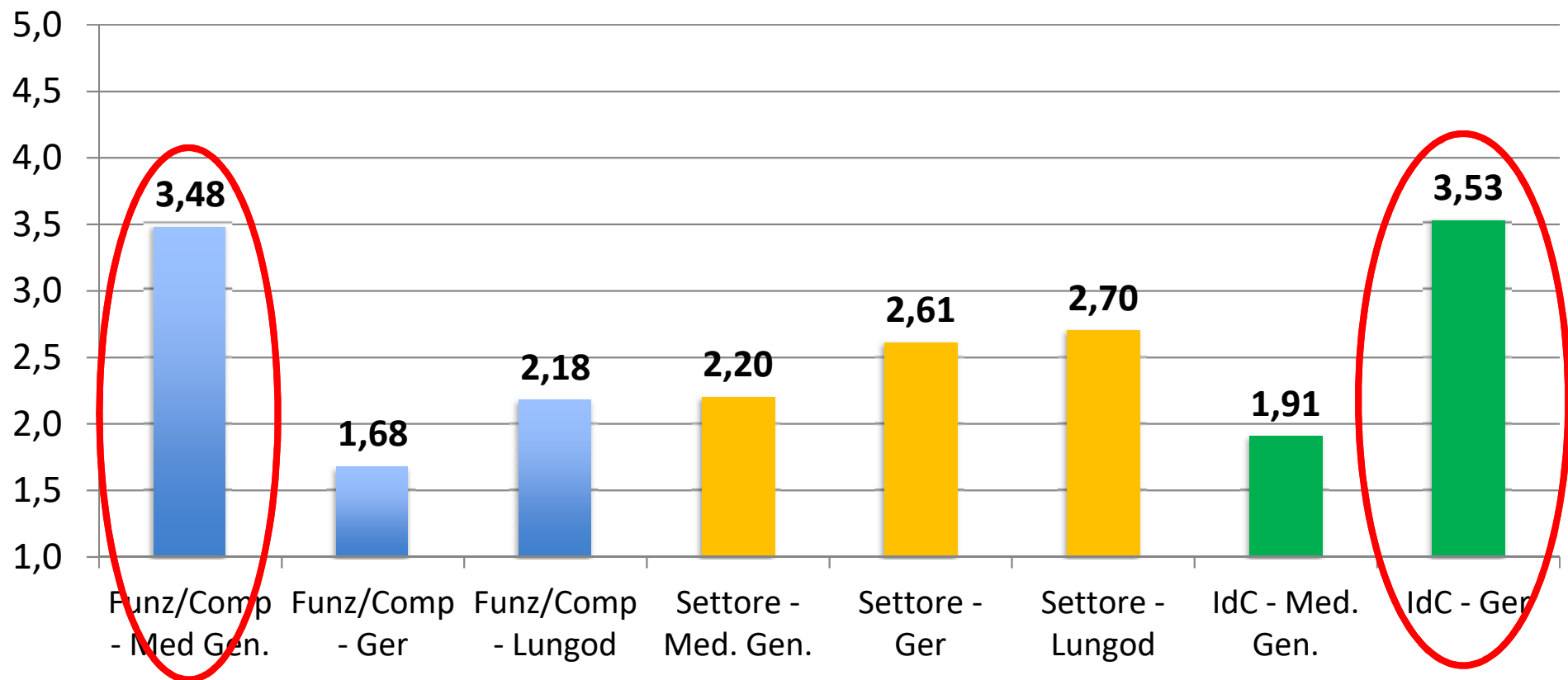


ANOVA. $F=3.074$ $p=.004$

Omissione procedure

(Con che frequenza le è capitato di omettere le seguenti misure quando invece erano necessarie)

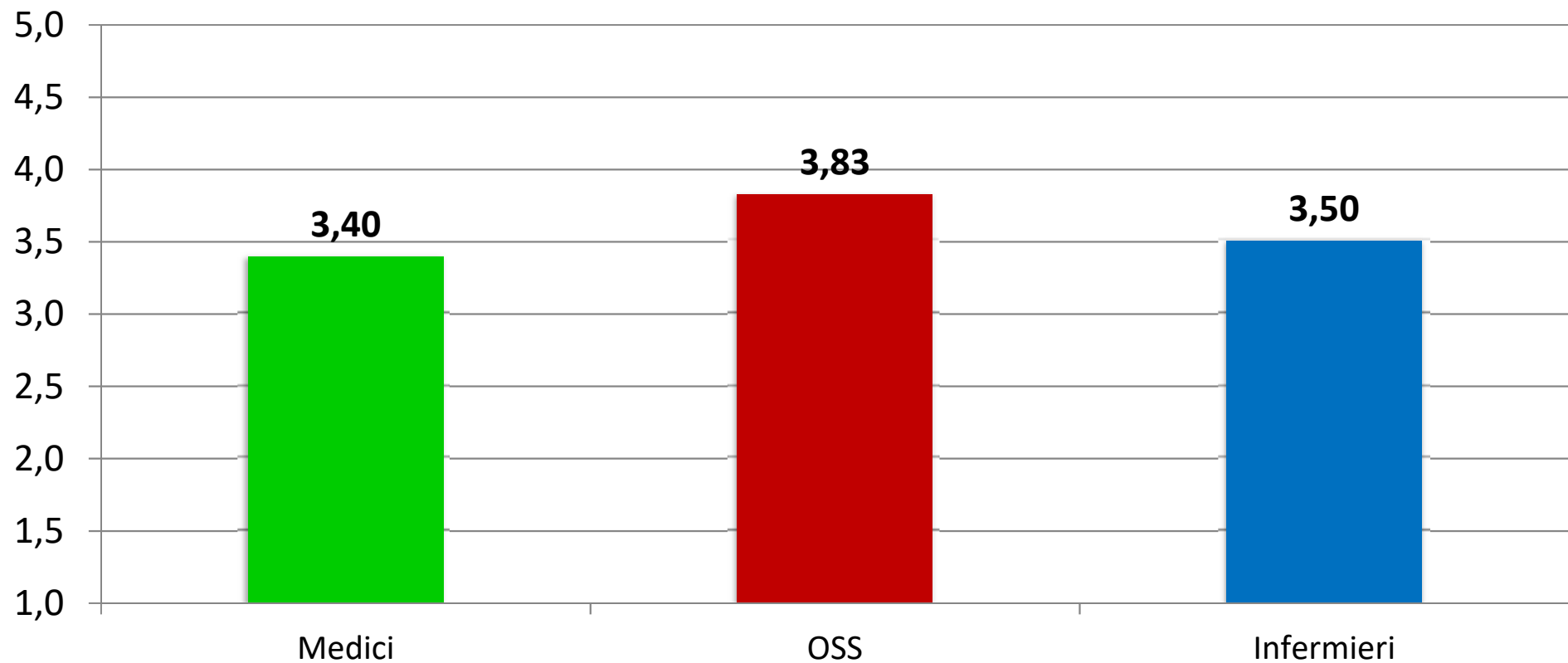
***Lavaggio delle mani con sapone antisettico (senza frizionamento alcolico)
dopo l'assistenza a pazienti colonizzati/infetti da Clostridium difficile***



ANOVA. F=8.464 p=.000

Percezione rischio sui pazienti

Durante la sua attività, in quale misura crede di poter prevenire il rischio dei suoi pazienti?

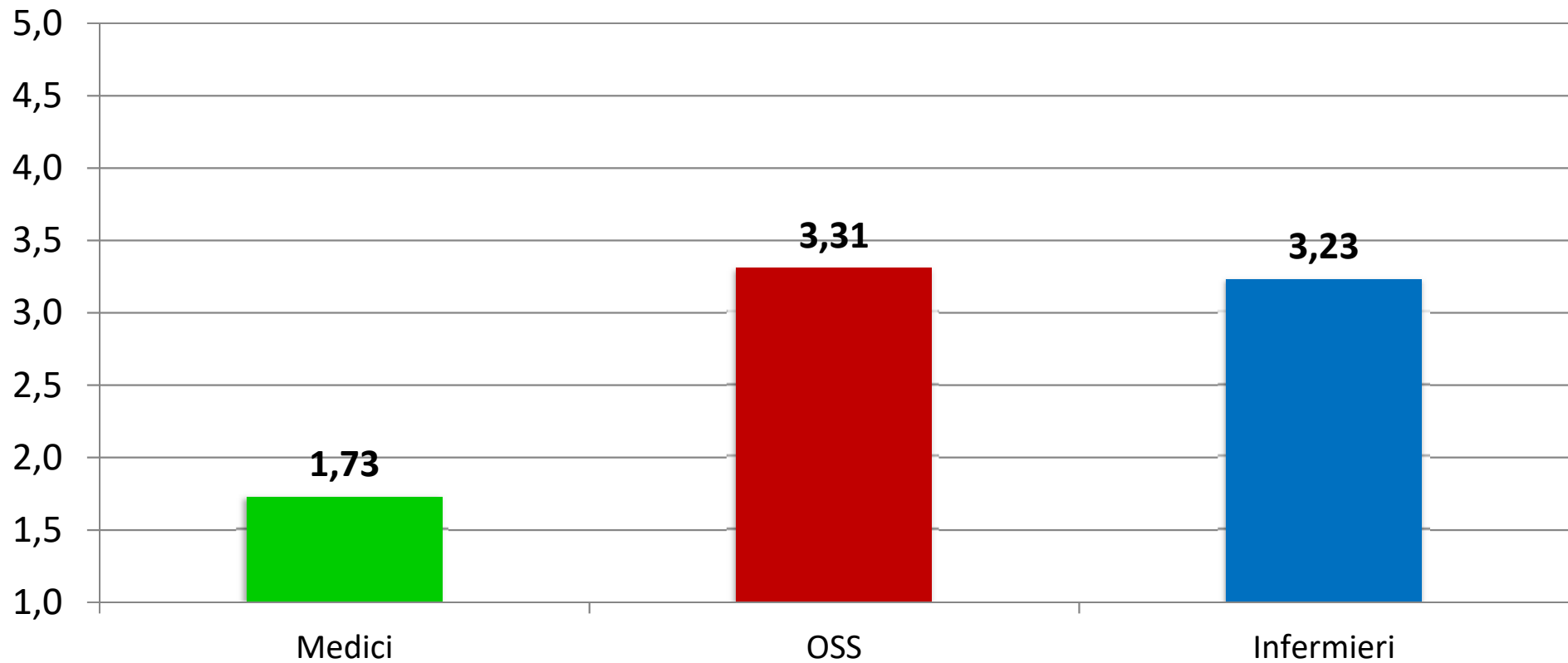


ANOVA. F= 6.395 p=.002

Percezione rischio operatore

(Nella sua attività lavorativa, quanto si sente esposto alle seguenti condizioni potenzialmente pericolose)

Contatto con liquidi biologici durante l'inserzione e la gestione del catetere vescicale

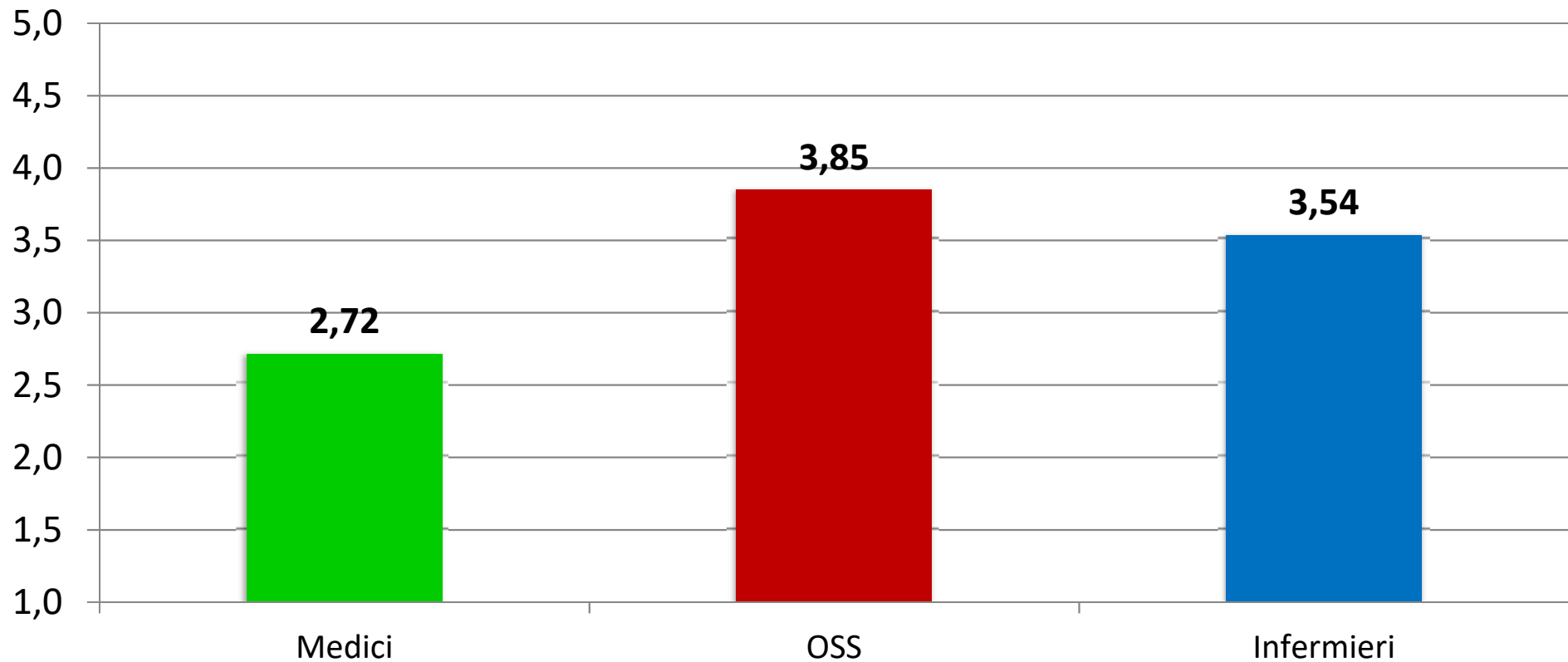


ANOVA. F= 51.307 p=.000

Percezione rischio operatore

(Nella sua attività lavorativa, quanto si sente esposto alle seguenti condizioni potenzialmente pericolose)

Contatto di liquidi biologici durante le pratiche assistenziali

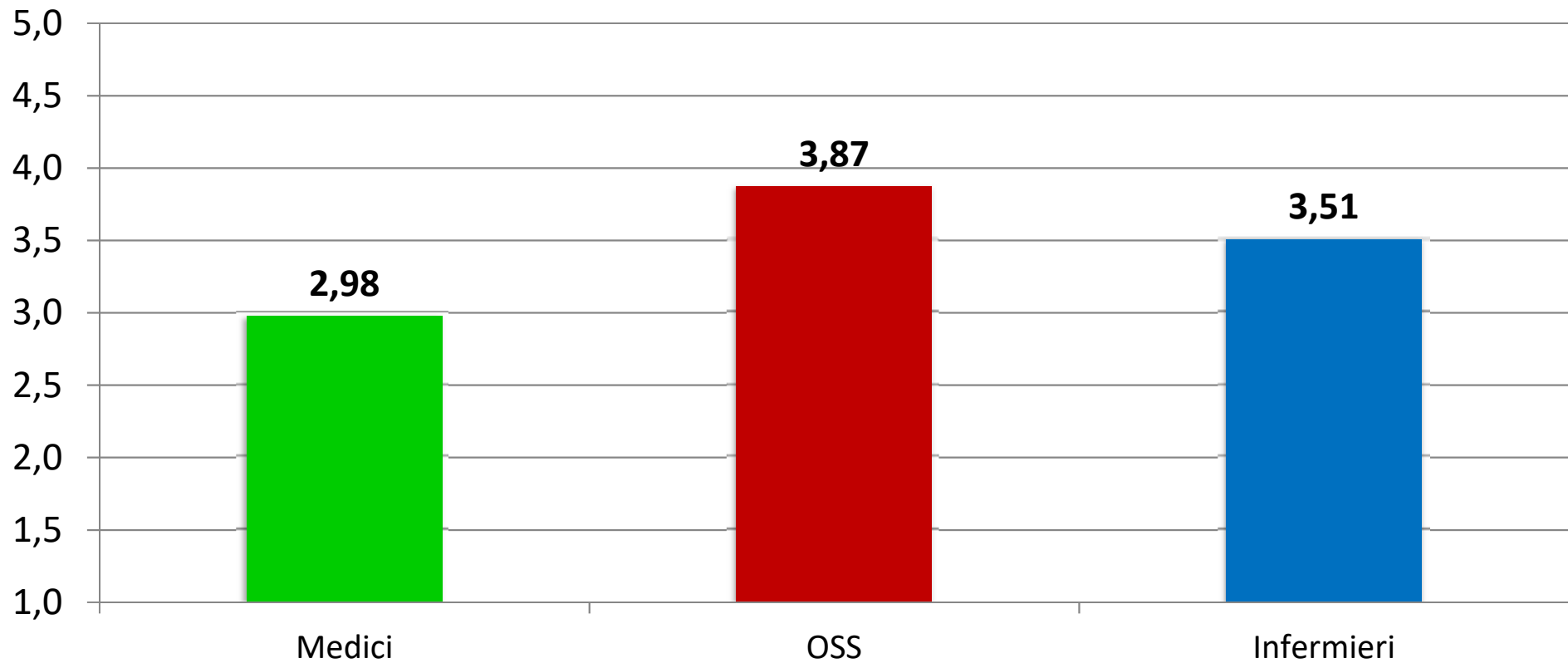


ANOVA. F= 27.478 p=.000

Percezione rischio operatore

(Nella sua attività lavorativa, quanto si sente esposto alle seguenti condizioni potenzialmente pericolose)

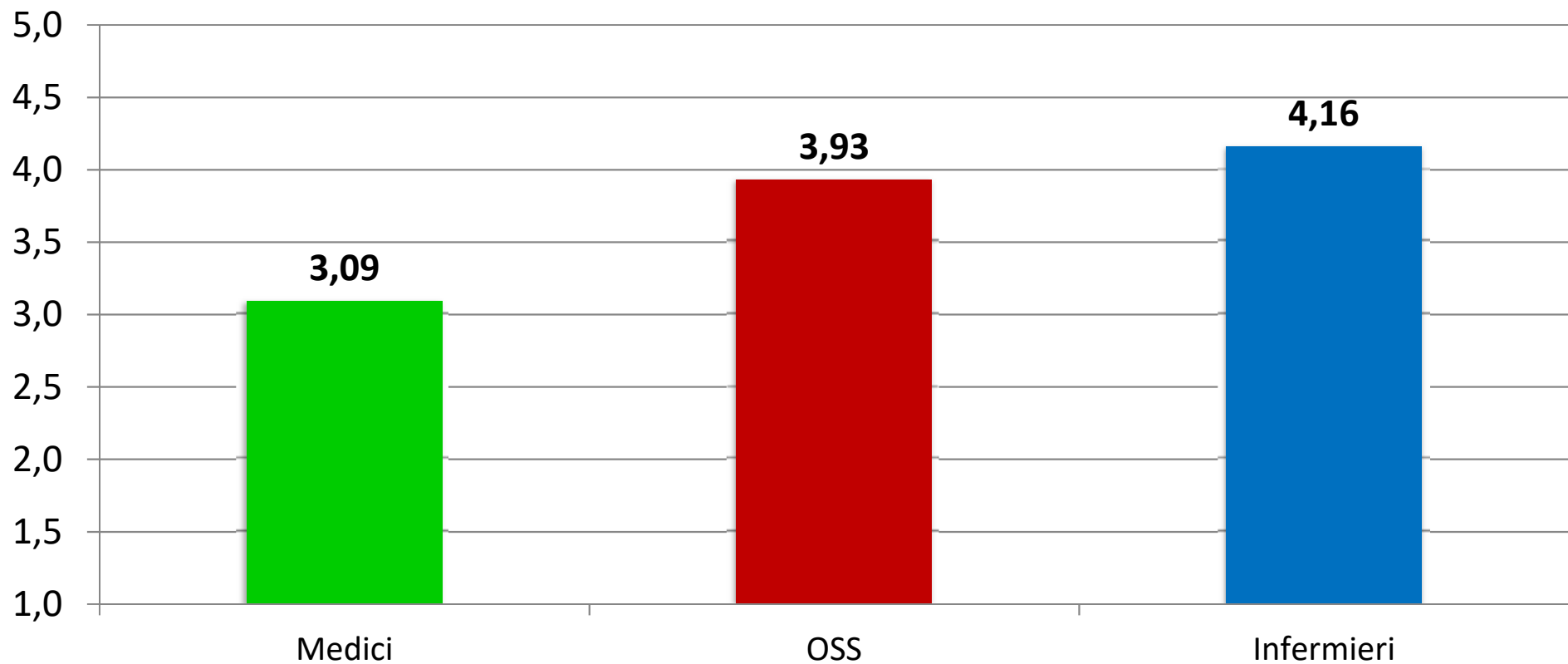
Contatto con mucose e/o cute non integra



ANOVA. F= 15.236 p=.000

Adeguate formazione

(Quanto ritiene adeguata la formazione ricevuta sulle procedure di sicurezza riguardante le seguenti pratiche assistenziali)
Impianto/gestione di catetere vescicale

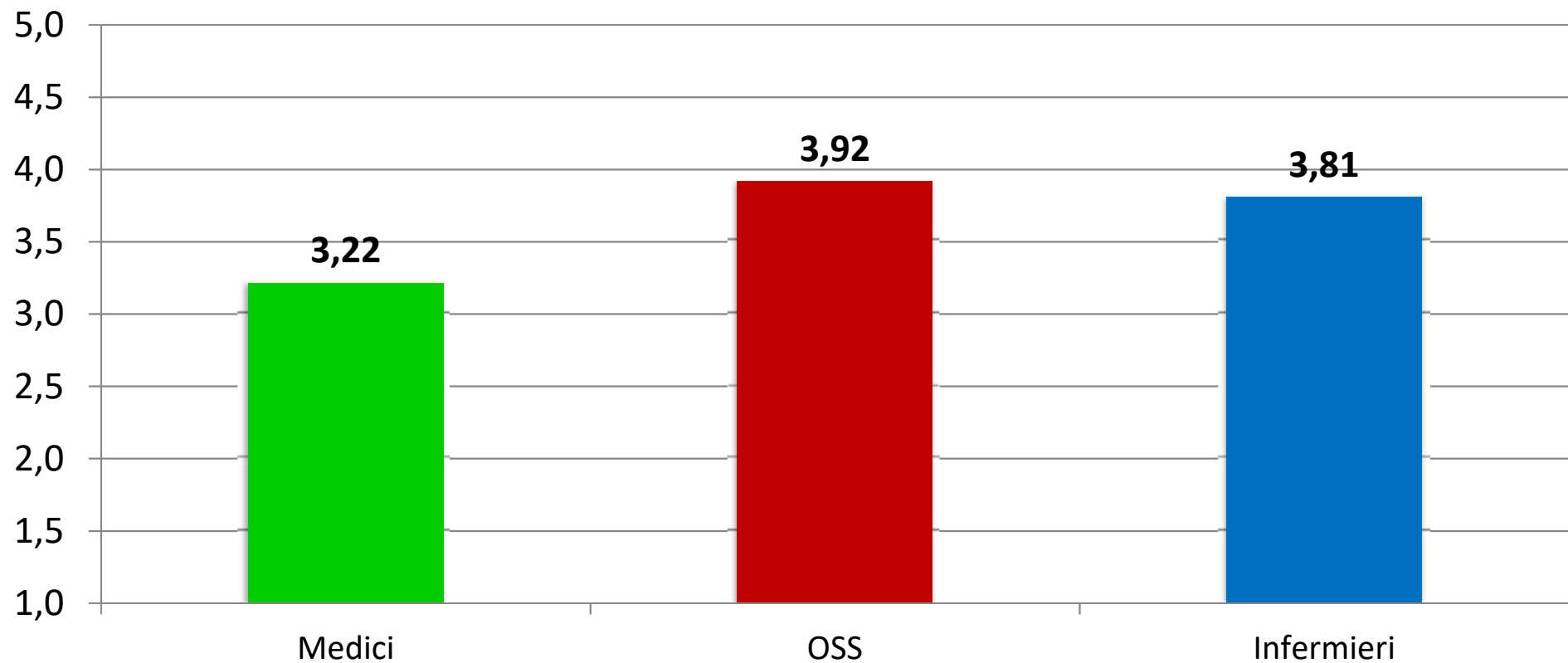


ANOVA. F= 19.039 p=.000

Adeguata formazione

(Quanto ritiene adeguata la formazione ricevuta sulle procedure di sicurezza riguardante le seguenti pratiche assistenziali)

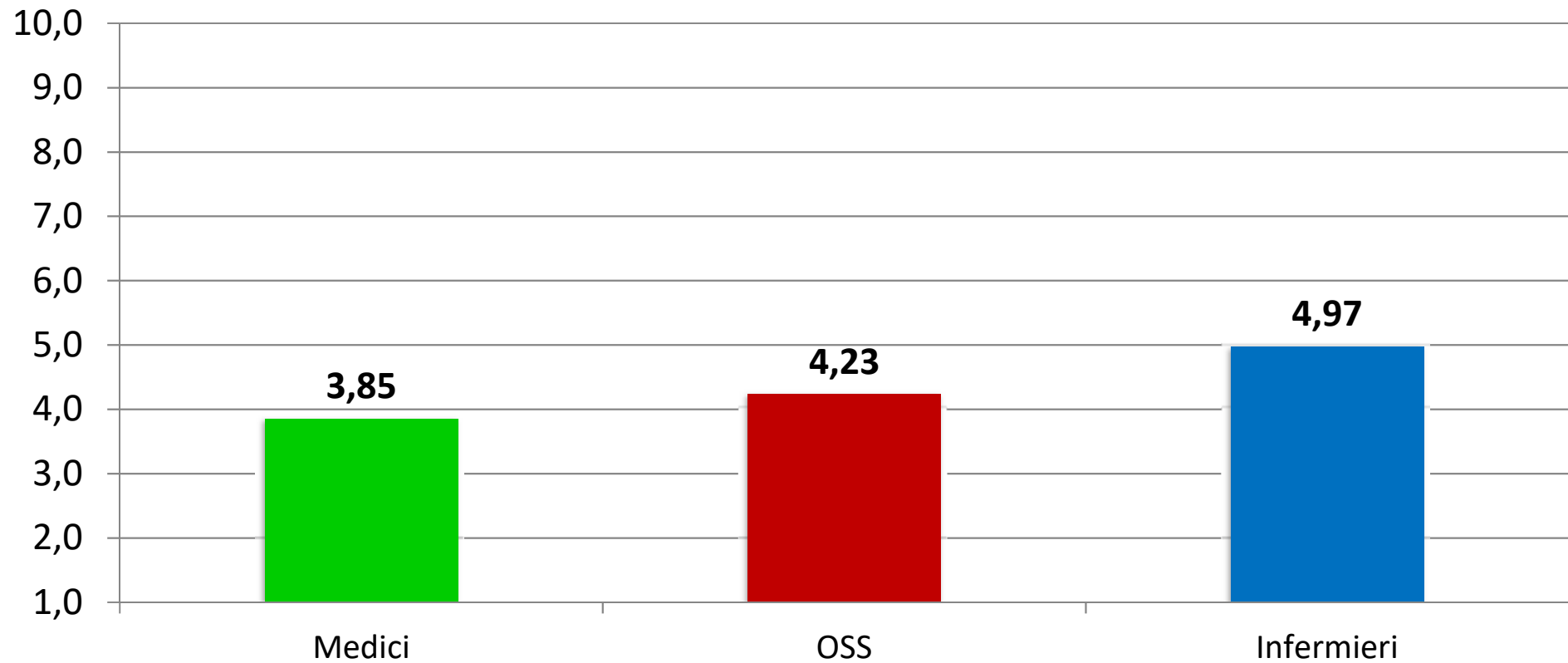
Assistenza dei pazienti colonizzati/infetti da Clostridium difficile



ANOVA. F= 9.992 p=.000

Operatore come veicolo

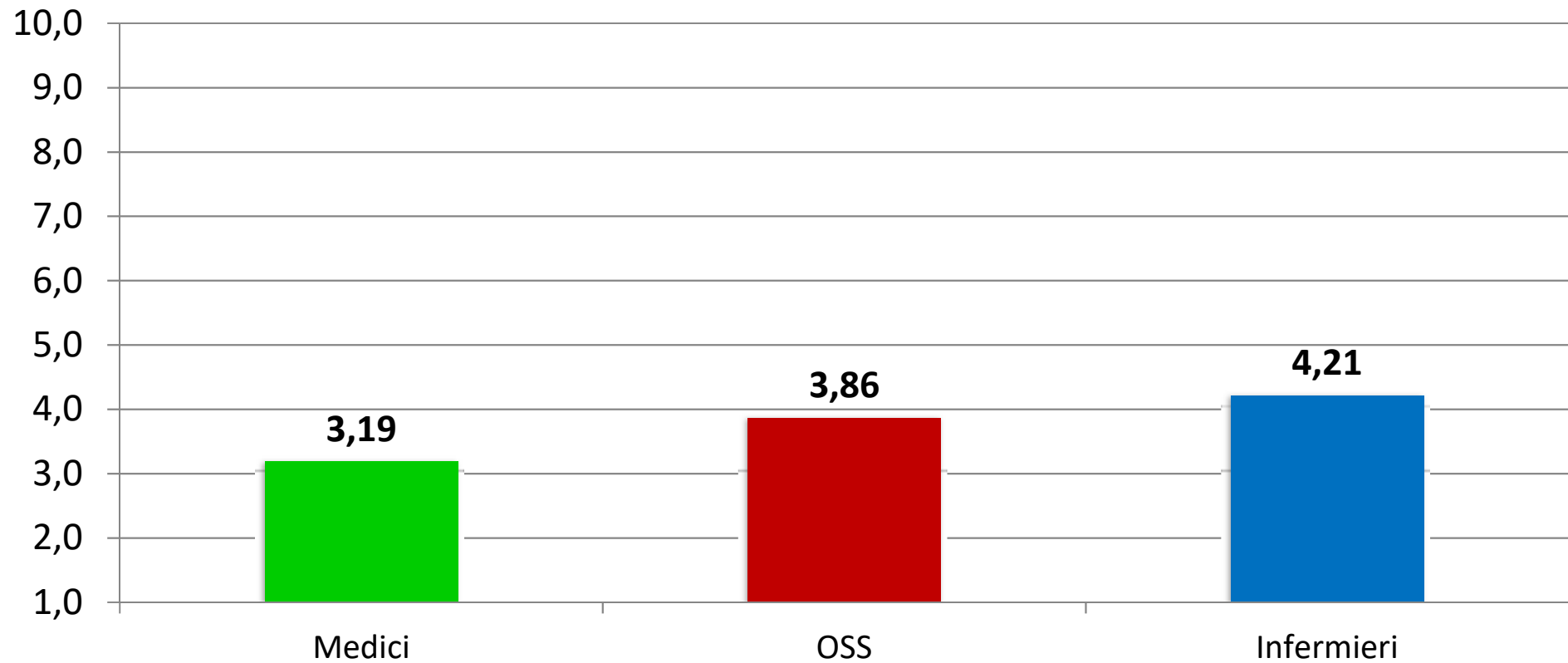
Quanto crede di poter veicolare i microrganismi da Clostridium difficile?



ANOVA. F= 6.920 p=.001

Operatore come veicolo

Quanto crede di poter essere veicolo di infezione delle vie urinarie per i pazienti?



ANOVA. F= 4.929 p=.008

Limiti dello studio

Numerosità del campione.

Numero limitato di unità operative e specialistiche per i tre modelli organizzativi assistenziali.

Discussione

Le differenze statisticamente significative ($p < 0.05$) tra i modelli organizzativi hanno riguardato la percezione del rischio per gli operatori e l'omissione di alcune procedure.

- Nel modello funzionale/compiti gli operatori si sentono più a rischio rispetto agli operatori degli altri modelli e si omettono più frequentemente alcune procedure.

Discussione

- Nel modello per settore l'omissione delle due procedure sembra avvenga meno frequentemente che negli altri due.
- Nel modello per Intensità di Cura gli operatori si sentono più adeguatamente formati riguardo l'assistenza ai pazienti con Clostridium.

Non vi sono state differenze significative tra i vari modelli organizzativi rispetto alla percezione del rischio infettivo per i pazienti (operatore come veicolo di infezione).

Discussione

Nel confronto tra le specialistiche dei tre modelli organizzativi, i dati non hanno sempre confermato quanto è emerso con il confronto tra i modelli.

Discussione

- Sia le Medicine Generali del modello funzionale/compiti che la Geriatria del modello Intensità di Cura hanno dimostrato di omettere più frequentemente alcune procedure.

Questi ultimi dati ci mostrano una differenza significativa tra tutte le specialistiche che probabilmente non sembra correlata al modello organizzativo.

Discussione

Interessanti i dati relativi alla percezione del rischio per gli operatori (quanto gli operatori si sentono esposti a rischio) e per i pazienti (quanto gli operatori si sentono veicolo di infezione) ottenuti dall'analisi delle risposte degli operatori.

Discussione

- I medici hanno una minore percezione di poter essere veicolo di infezione per i propri pazienti, in genere si sentono meno esposti rispetto agli Infermieri ed agli OSS.
- Mentre gli Infermieri si sentono più adeguatamente formati riguardo l'impianto e gestione del catetere vescicale, nell'assistenza a pazienti con Clostridium gli OSS esprimono una formazione più adeguata rispetto ad Infermieri e Medici.
- Gli Infermieri hanno la percezione di veicolare il Clostridium e le infezioni delle vie urinarie maggiore rispetto ad OSS e Medici.

Conclusioni

Il dato relativo alla percezione degli operatori di essere veicolo di infezione ha mostrato valori diversi tra i ruoli e comunque un valore medio- basso (meno di 5 su una scala da 0 a 10).

Conclusioni

Le differenze statisticamente significative tra i modelli organizzativi fanno pensare che la percezione del rischio per gli operatori e l'omissione di alcune procedure possano essere correlate alla modalità organizzativa agita.

Conclusioni

Questa ricerca ha indagato un'area non ancora studiata sul territorio nazionale.

Pur non avendo fornito evidenze, ha però restituito dati interessanti riguardo i modelli organizzativi e la percezione del rischio. Riteniamo che questi risultati rappresentino un alert che vada studiato ed approfondito con ulteriori ricerche.



Grazie a voi per l'attenzione