

Scheda Relazione Conclusiva Formazione Sul Campo TIPOLOGIA A
(Gruppi di miglioramento, Audit clinico e/o assistenziale, Training individualizzato)

Compilazione a cura del Responsabile Scientifico del Progetto, eventualmente in collaborazione con il Tutor. (da riconsegnare entro 30 gg. dalla fine del corso)

TITOLO CORSO : Preospedalizzazione Centralizzata formazione sul campo**ANNO** 2023**COD:** **ED:** 1 **DATA EDIZIONE** 23.10.2023 / 24.10.2023**1. Sintetica descrizione delle modalità di realizzazione del progetto, eventuali scostamenti rispetto al progetto iniziale, miglioramenti attuati a livello organizzativo**

Il progetto si inserisce in un contesto di implementazione e di innovazione, in particolare per favorire l'assistenza pre-operatoria sotto il profilo di sicurezza, della presa in carico del paziente
IL miglioramento da attuare a livello organizzativo vengono descritti nei seguenti punti:

1. Dedicare appositi spazi per la gestione dei pazienti da preospedalizzazione, compresi i bambini
2. Aumentare i pazienti da preospedalizzare da 10 a 25 /30 circa
3. Presa in carico di tutto il processo di preospedalizzazione dal personale dedicato (dall'ingresso alle ore 7.30 al termine della preospedalizzazione possibilmente entro le ore 14.00) :
 - Accoglienza
 - Esecuzione prelievi ematici ed Ecg
 - Esecuzione esami strumentali visite specialistiche
 - Compilazione documentazione clinica
 - Conclusione con giudizio finale dell'anestesista
 - Consegna della documentazione clinica del paziente all'unità operativa di appartenenza
 - Analisi dei dati e verifica dell'intervento chirurgico nei tempi previsti

2. Raggiungimento degli obiettivi formativi proposti o eventuali scostamenti

Obiettivi del progetto

Per l'utenza:

- Garantire un percorso clinico assistenziale di qualità con personale di riferimento
- Promuovere una comunicazione efficace ed una relazione assistenziale empatica
- Diminuire per quanto possibile lo stress del paziente

Per l'azienda :

- Ridurre i tempi medi di ricovero
- Ottimizzare i tempi di esecuzione degli esami necessari per l'intervento
- Migliorare la qualità e la sicurezza delle cure.

Condizioni di fattibilità

- Mandato esplicito per la realizzazione del progetto da parte della Direzione
- Condivisione delle responsabilità
- Disponibilità di risorse umane strumentali e strutturali
- Disponibilità di strumenti operativi
- Tempi di miglioramento dell'attuale progetto.

Pagina 1 di 4

Scheda Relazione Conclusiva Formazione Sul Campo TIPOLOGIA A
(Gruppi di miglioramento, Audit clinico e/o assistenziale, Training individualizzato)

Compilazione a cura del Responsabile Scientifico del Progetto, eventualmente in collaborazione con il Tutor, (da riconsegnare entro 30 gg. dalla fine del corso)

Nel corso di tali attività si è provveduto alla identificazione delle aree cliniche e dei problemi assistenziali e organizzativi oggetto della valutazione.
Si è provveduto a definire le opportune strategie di miglioramento la dove sia stata riscontrata una significativa differenza tra i profili assistenziali documentati e gli standard professionali di riferimento.

Il **Responsabile del progetto**, eventualmente in collaborazione con il Coordinatore/Tutor, deve:

a) Per ogni partecipante e per il coordinatore, indicare il grado di partecipazione (Positiva o Negativa)

| Nome e Cognome Partecipanti | Grado partecipazione | | Valutazione apprendimento | |
|------------------------------|----------------------|----------|---------------------------|----------|
| | Positiva | Negativa | Positiva | Negativa |
| 1. ____ Chessa Michelina | ✓ | | ✓ | |
| 2. ____ Cadinu Giovanna ____ | ✓ | | ✓ | |
| 3. _____ | | | | |
| 4. _____ | | | | |
| 5. _____ | | | | |
| 6. _____ | | | | |
| 7. _____ | | | | |
| 8. _____ | | | | |
| 9. _____ | | | | |
| 10. _____ | | | | |
| 11. _____ | | | | |

Scheda Relazione Conclusiva Formazione Sul Campo TIPOLOGIA A
(Gruppi di miglioramento, Audit clinico e/o assistenziale, Training individualizzato)

Compilazione a cura del Responsabile Scientifico del Progetto, eventualmente in collaborazione con il Tutor. (da riconsegnare entro 30 gg. dalla fine del corso)

| | | | | |
|-----------|--|--|--|--|
| 12. _____ | | | | |
| 13. _____ | | | | |
| 14. _____ | | | | |
| 15. _____ | | | | |
| 16. _____ | | | | |
| 17. _____ | | | | |
| 18. _____ | | | | |
| 19. _____ | | | | |
| 20. _____ | | | | |

b) Per tutti i partecipanti complessivamente (non individualmente), per il coordinatore ed eventualmente per il tutor, indicare il livello di coerenza nelle seguenti aree:

- *Coerenza tra obiettivi formativi e impegno richiesto*
- *Coerenza tra obiettivi formativi e risultato del progetto*
- *Coerenza tra obiettivi formativi e metodi dichiarati*

Il livello di coerenza va espresso secondo i giudizi: **NON VALUTABILE – BASSO – MEDIO – ALTO**

| | Coerenza tra obiettivi formativi e impegno richiesto | Coerenza tra obiettivi formativi e risultato del progetto | Coerenza tra obiettivi formativi e metodi dichiarati |
|--------------|---|--|---|
| PARTECIPANTI | | | |
| COORDINATORE | Virginia Boi Pasquale Piu | | |

c) Indicare la modalità di partecipazione del Responsabile di Progetto:


- *Non ha partecipato agli incontri*

Scheda Relazione Conclusiva Formazione Sul Campo TIPOLOGIA A
(Gruppi di miglioramento, Audit clinico e/o assistenziale, Training individualizzato)


Compilazione a cura del Responsabile Scientifico del Progetto, eventualmente in collaborazione con il Tutor. (da riconsegnare entro 30 gg. dalla fine del corso)

- *Ha partecipato come coordinatore Pasquale Piu*
- *Ha partecipato come docente esterno esperto in materia Virgini Boi AOU Cagliari*

Luogo e data Nuoro 06.10.2023

Firma Responsabile del Progetto Cannas Paolo

Direttore Generale
Dott. Paolo Cannas

Firma Coordinatore/Facilitatore _CannasPaolo_

 Azienda Socio-Sanitaria Locale
N° 3 - Nuoro
Direttore Generale
Dott. Paolo Cannas