

## **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 / 24.10.20232

### **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 preospedalizzare, 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
  - Consegnare della documentazione clinica del pazienta 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<br>Pasquale Piu                         |                                                           |                                                      |

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

- Non ha partecipato agli incontri

|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ARES Azienda Regionale della Salute</b><br>Sede Legale<br>Via Piero della Francesca, 1<br>CAP 09047 Città Selargius<br><br>C.F.: 03990570925<br>P.IVA: 03990570925<br>sito internet: <a href="http://www.aresardegna.it">www.aresardegna.it</a> | <b>SC Formazione, Ricerca e Cambiamento organizzativo</b><br>Numero telefonico 0784/240764<br>Indirizzo mail <a href="mailto:g.salis.1@atssardegna.it">g.salis.1@atssardegna.it</a><br><b>Direttore</b><br>Dott. Giovanni Salis |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## **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 Scientifico del Progetto Cannas Paolo  
Azienda Socio-Sanitaria Locale  
N° 3 - Nuoro  
**Direttore Generale**  
Dott. Paolo Cannas

Firma Coordinatore/Facilitatore \_CannasPaolo\_

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