

**CASO DI “BUONA PRATICA”**

<b>TITOLO DELLA ESPERIENZA/SOLUZIONE</b>	La Movimentazione Centrata sulla Persona (MCP) come strumento per la promozione dell'autonomia del Malato, la sua sicurezza e per la salute e la sicurezza degli operatori sanitari.			
<b>REGIONE</b>	Lazio			
<b>AZIENDA</b>	A.O. S. Camillo Forlanini di Roma			
<b>UNITA' di PRODUZIONE</b>	Ass.ne IGIEA, SPP AO S Camillo Forlanini, ISPEL			
<b>Città</b>	Roma			
<b>Indirizzo</b>				
<b>Tel.</b>	Direzione Sanitaria San Camillo 06/5870.4371, Igiea 3297334662			
<b>N. di fax:</b>				
<b>Email</b>	<a href="mailto:fforino@scamilloforlanini.rm.it">fforino@scamilloforlanini.rm.it</a> ; <a href="mailto:massrago@igiea.it">massrago@igiea.it</a> ;			
<b>Referente</b>	Fulvio Forino, Massimo Ragonesi			
<b>Buona pratica a prevalente impatto</b>	<b>Clinico</b>  <b>X</b>	<b>Organizzativo</b>  <b>X</b>	<b>Relazionale</b>  <b>X</b>	<b>Altro (specificare)</b>  Sicurezza del malato e del personale
<b>L'esperienza segnalata rappresenta l'implementazione di una raccomandazione emanata da Ministero della Salute in tema di Eventi Sentinella?</b>				
<b>Se sì, quale?</b>				

**DESCRIZIONE DEL CASO**

**PROBLEMATICA**

A distanza di oltre un decennio dal recepimento delle direttive europee, in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, il confronto tra la situazione italiana e quella inglese offre interessanti spunti di riflessione.

Osservando i pochi dati italiani disponibili, è evidente, in molte realtà, un aumento degli infortuni e delle assenze per malattia; si osserva altresì la comparsa di nuove sedi delle lesioni da sforzo.

Al contrario, in Inghilterra, si rileva la riduzione degli infortuni (azzerati in alcuni ospedali) e la riduzione delle assenze per malattia fino all'80%.

Le ragioni di questa situazione, alla luce degli studi effettuati da IGIEA, sembrano essere legate la scelta del modello concettuale Bio Meccanico che attualmente orienta la lettura della realtà e la scelta delle misure di prevenzione da adottare.

Questa interpretazione ha prodotto un investimento importante nell'addestramento alle tecniche di movimentazione manuale dei malati e nell'utilizzo degli ausili meccanici, questi ultimi considerati strumento essenziale per l'eliminazione del rischio alla fonte.

Questo approccio, parafrasando C. Rogers, è stato definito in Igiea come *movimentazione centrata sull'operatore*.

In Inghilterra, e non solo, la strategia della prevenzione dei rischi lavorativi ha preso una strada completamente diversa da quella italiana. Essa trova espressione in una dichiarata politica di tutela del malato considerata il momento fondamentale del processo della tutela della salute dei lavoratori.

Questa interpretazione, che si esprime in tre livelli di intervento (persona – ambiente – organizzazione)

sostiene la promozione dell'autonomia del malato come intervento preventivo specifico nella eliminazione o riduzione del rischio alla fonte .

A partire dall'esperienza inglese, pragmatica ed ispirata alla soluzione dei problemi direttamente sul campo piuttosto che alla loro misurazione, a partire dal 1998, l'associazione IGIEA ha sviluppato il modello professionale definita "*movimentazione centrata sul malato*".

In questa interpretazione, sostenuta da un modello concettuale dell'assistenza, le relazioni dinamiche tra infermiere, malato, gruppo familiare, ambiente di lavoro e di cura, ambiente sociale assumono il rango di fattori di rischio in quanto capaci generare domanda di MMM.

L'esperienza sperimentale ha dimostrato che è possibile l'eliminazione dei fattori ostacolanti l'autonomia del malato, sia a livello ambientale, organizzativo che relazionale e che l'utilizzo di ausili per l'autonomia consente di eliminare o ridurre efficacemente la domanda di MMM.

Ciò dimostra il valore aggiunto di un intervento assistenziale personalizzato capace di trasformare l'oggetto della movimentazione in soggetto pro-attivo e gestore della tutela della propria salute nella lotta alle patologie MMC correlate.

### **SOLUZIONE (tipo di intervento)**

Il modello formativo utilizzato presso l'AO S. Camillo Forlanini di Roma è stato elaborato da IGIEA a partire dal 1996 e scaturisce dallo studio critico della strategia prevenzionistica italiana basata su un modello di riferimento di tipo bio-meccanico. In alternativa a questo approccio, l'associazione IGIEA ha elaborato un modello olistico (bio-psico-sociale), determinante il passaggio da una *movimentazione centrata sull'operatore* ad una *movimentazione centrata sulla persona*.

L'A.O. San Camillo-Forlanini di Roma, a partire dal 2007, ha sostenuto, attraverso il SPP e il servizio DITRO, la sperimentazione di questo modello, proseguendo il lavoro iniziato presso le AA.OO. S. Andrea e S. Pietro Fatebenefratelli di Roma nel 2004.

Obiettivo di questa fase sperimentale era di verificare se l'applicazione del modello IGIEA produce effetti sullo sforzo fisico del personale sanitario nell'esecuzione di attività di "movimentazione dei malati" in relazione di un miglioramento dell'autonomia del malato.

L'esperienza sperimentale ha dimostrato che è possibile l'eliminazione dei fattori ostacolanti l'autonomia del malato a livello dell'ambiente terapeutico, organizzativo e relazionale e che l'utilizzo di ausili per l'autonomia consente di eliminare o ridurre efficacemente la domanda di MMM.

Ciò dimostra il valore aggiunto del modello professionale utilizzato che si esprime attraverso un intervento assistenziale personalizzato capace di trasformare l'oggetto della movimentazione in soggetto pro-attivo e gestore della tutela della propria salute nella lotta alle patologie MMC correlate.

Gli strumenti utilizzati nello studio sono stati identificati tra quelli comunemente validati a livello scientifico, mentre altri sono stati appositamente creati e validati attraverso uno studio pilota.

La scelta di realizzare strumenti dedicati è stata fatta in quanto non sono stati reperiti, attraverso una accurata ricerca bibliografica, strumenti che permettessero di applicare la metodologia dello studio.

**L'intervento previsto dal modello della Movimentazione centrata sulla persona (MCP) è di tipo formativo** ed è stato inserito tra gli interventi formativi obbligatori previsti della L. 81/2008 programmati dall'Azienda S. Camillo Forlanini. Il nuovo percorso formativo basato su un approccio professionale è quindi coerente con la normativa professionale, i diritti del malato, la metodologia del Nursing.

Gli obiettivi formativi del modello della MCP sono:

- a) fare acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti in tema di movimentazione centrata sul paziente secondo il modello Bio Psico Sociale della salute OMS
- b) fare acquisire abilità manuali, tecniche o pratiche in tema di valutazione dell'interazione dinamica persona/ambiente/infermiere e valutazione dello sforzo fisico;
- c) fare migliorare le capacità relazionali e comunicative in tema di personalizzazione dell'assistenza infermieristica.

La modalità formativa utilizzata ha alla sua base alcuni concetti fondamentali, di seguito espressi:

1. un modello concettuale di riferimento: il modello di D. Orem, nel quale è espresso molto

chiaramente il ruolo dell'assistenza, del professionista infermiere e le esigenze/bisogni del paziente; permette la condivisione di obiettivi assistenziali realmente raggiungibili in quanto secondari ad una accurata analisi delle risorse residue del paziente e ad una pianificazione ad hoc degli interventi;

2. trasformare una prestazione in un processo: il processo innescato (processo di nursing), cambia completamente il significato della movimentazione; si attribuisce ad una semplice attività/prestazione da attuarsi in situazioni potenzialmente standardizzate, un significato completamente diverso, trasformandola in attività assistenziale e riabilitativa;
3. l'attività laboratoriale, attuata sia in aula che durante il periodo di raccolta dati nelle diverse unità operative, attivando un processo di learning organization, crea una condizione di continuità tra l'evento formativo e la pratica;
4. la modalità formativa attuata ha come obiettivo principale non quello di trasmettere contenuti nuovi o conoscenze innovative, ma quello di organizzare le conoscenze già presenti nel core formativo del professionista infermiere e, insieme ad una rilevante parte esperienziale, creare nuove modalità di approccio al problema.

Gli strumenti utilizzati nel percorso formativo, utili per implementare il documento della sicurezza sono:

1. **scala di Borg**: permette di rilevare lo sforzo fisico percepito da un soggetto; è uno strumento comunemente utilizzato nelle prove cardiologiche da sforzo e gode di una validità strumentale attraverso il confronto tra sforzo fisico percepito e risultati elettromiografici;
2. **indice di Braden**: è un indice utilizzato nell'assistenza infermieristica per determinare il livello di rischio che presenta un paziente di sviluppare lesioni da pressione; comprende 6 variabili e, nello studio presente, è stata considerata esclusivamente la variabile **mobilità**, in quanto era necessario utilizzare un criterio, per definire il livello di autosufficienza del paziente, che fosse di semplice comprensione e che permettesse di differenziare il livello di autosufficienza su più variabili rispetto al criterio dicotomico *non collaborante-parzialmente collaborante* dell'indice MAPO;
3. **scheda dell'interazione dinamica persona-ambiente-infermiere**: questa scheda viene utilizzata durante la formazione d'aula per valutare *l'ambiente terapeutico* nel quale si svolge l'attività di movimentazione-riabilitazione con una modalità metodologicamente corretta e standardizzata;
4. **griglia per la valutazione dell'impegno dell'operatore durante la MMM - gruppo A**: questa scheda ha permesso di indicare lo sforzo fisico percepito dall'operatore per ogni singola fase di attività di movimentazione predefinite (spostamento letto-sedia e spostamento sul letto da laterale a controlaterale);
5. **griglia per la valutazione dell'impegno dell'operatore durante la MMM - gruppo B**: questa scheda indica lo sforzo fisico percepito dall'operatore per ogni singola fase di attività di movimentazione predefinita (spostamento letto-sedia e spostamento sul letto da laterale a controlaterale); in questa scheda viene inoltre identificato il tipo di intervento assistenziale effettuato secondo il modello concettuale di D. Orem (intervento in sostituzione di forza, in integrazione di forza, in educazione o nessun intervento); nella scheda vengono anche segnalati gli eventuali ostacoli, della persona o dell'ambiente terapeutico, che il discente ha imparato a osservare e valutare con le schede dell'interazione dinamica persona-ambiente-infermiere.

Il percorso formativo si realizza in due fasi attraverso una metodologia di tipo laboratoriale. La prima fase permette il recupero dei saperi utili, presenti nella modalità formativa tradizionale, e introduce l'utilizzo di nuovi strumenti per la valutazione delle attività di movimentazione dei malati.

La seconda fase introduce concetti di tipo teorico e metodologico la cui applicazione avviene attraverso una sperimentazione. Entrambe le fasi prevedono una fase di sperimentazione sul campo con verifica finale.

## **Giornata 1**

### **PERCORSO TRADIZIONALE o della “movimentazione centrata sull’operatore” (MCO)**

**Obiettivi:** acquisire le competenze fondamentali per la valutazione della performance individuale nell’applicazione del modello della “*movimentazione centrata sull’operatore*”.

#### **Ore 08.00 – 09.00**

Gli strumenti di autovalutazione della performance nell’effettuazione della “*movimentazione centrata sull’operatore*”.

**Docente:** M. Ragonesi. **Sostituto:** A. Perrone

#### **Ore 09.00 – 10.00**

Addestramento all’utilizzo degli strumenti di autovalutazione della performance.

**Docenti:** M. Ragonesi, A. Perrone

#### **Ore 10.00 – 10.30 pausa**

#### **Ore 10.30 – 13.30**

Esercitazione pratica all’uso delle tecniche della “*movimentazione centrata sull’operatore*” ed all’utilizzo degli strumenti di valutazione della performance.

#### **Ore 13.30 – 14.30**

Discussione in plenaria dei risultati raggiunti.

**Docenti:** M. Ragonesi, A. Perrone

### **tirocinio guidato**

#### **Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratica o tecnica**

##### **2a, 3°, giornata dalle ore 08.00 alle ore 13.00**

Applicazione nella U.O. di appartenenza delle tecniche di “*movimentazione centrata sull’operatore*” e valutazione della performance su apposito strumento cartaceo.

Requisito minimo previsto: esecuzione e registrazione di 4 attività per giorno di tirocinio

## **Giornata 2**

### **PERCORSO INNOVATIVO o della “movimentazione centrata sulla persona” (MCP)**

#### **Prima giornata**

**Obiettivi:** leggere e decodificare l’interazione dinamica persona/ambiente/infermiere

#### **Ore 08.00 – 09.00**

Criteri generali della sicurezza e paradigma di riferimento del **modello della “movimentazione centrata sulla persona”**;

La promozione dell’autonomia del malato come intervento di prevenzione dei rischi da MMC.

**Docenti:** M. Ragonesi, A. Perrone

#### **Ore 09.00 - 10.00**

La lettura della domanda di movimentazione manuale dei malati e dei fattori ostacolanti l’autonomia del malato.

**Docenti:** M. Ragonesi, A. Perrone

### **Ore 10.00 – 10.30 pausa**

#### **Ore 10.30 – 11.30**

Strumenti per leggere e decodificare la relazione dinamica *persona/ambiente/infermiere*.  
Strumenti e criteri per la valutazione della performance individuale nell'applicazione del modello della "*movimentazione centrata sulla persona*".

**Docenti:** M. Ragonesi, A. Perrone

#### **Ore 11.30 – 13.30**

Esercitazione pratica: applicare lo strumento per leggere e decodificare l'interazione dinamica *persona/ambiente/infermiere* ad un caso osservato durante il tirocinio.

Riprogettazione dell'intervento assistenziale nel caso scelto sulla base della nuova lettura.

**Docenti:** M. Ragonesi, A. Perrone

#### **Ore 13.30 – 14.30**

Discussione guidata dei risultati e delle osservazioni prodotte durante l'esercitazione in aula e confronto diretto con l'esperienza di tirocinio.

**Docenti:** M. Ragonesi, A. Perrone

### **Giornata 3**

Obiettivi: *governare il rischio da movimentazione manuale dei malati (MMM)*

#### **Ore 08.00 – 11.00**

Role playing: leggere e decodificare l'interazione dinamica *persona/ambiente/infermiere*, progettare, effettuare e valutare un intervento di movimentazione centrato sulla persona (MCP). (*esercitazione pratica individuale videoregistrata con utilizzo di appositi strumenti di cartacei*)

**Docenti:** M. Ragonesi, A. Perrone

#### **Ore 11.00 – 11.30 pausa**

#### **Ore 11.30 – 13.30**

Role playing: leggere e decodificare l'interazione dinamica *persona/ambiente/infermiere*, progettare, effettuare e valutare un intervento di movimentazione centrato sulla persona. (*esercitazione pratica individuale video-registrata con utilizzo di appositi strumenti di cartacei*)

**Docenti:** M. Ragonesi, A. Perrone

#### **Ore 13.30 -14.30**

Discussione guidata tra i discenti sui risultati dell'applicazione del modello della "*movimentazione centrata sulla persona*" Previsto l'utilizzo di contributi filmati.

Discussione sui dati raccolti sugli strumenti cartacei e sui risultati dei test di autovalutazione.

**Docenti:** M. Ragonesi, A. Perrone

### **Esame finale**

**La valutazione finale dei discenti verrà effettuata individualmente** e prevede la verifica dell'avvenuta acquisizione delle competenze necessarie a:

- Leggere e decodificare l'interazione dinamica *Persona/ambiente/Infermiere*;
- Progettare un intervento di movimentazione "*centrato sulla persona*";
- Utilizzare gli strumenti di valutazione dello sforzo fisico applicato alle attività di movimentazione;

- Utilizzare la metodologia di revisione tra pari applicata ai singoli progetti di movimentazione centrata sul malato”;

## **TIROCINIO GUIDATO**

### **Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratica**

Applicazione nella U.O. di appartenenza delle tecniche di “*movimentazione centrata sulla persona*” e valutazione della performance su apposito strumento cartaceo.

Requisito minimo previsto: esecuzione e registrazione di 4 attività per giorno di tirocinio

## **RISULTATI**

### **Analisi dei risultati**

La validità del modello IGIEA è stata verificata attraverso il confronto sul campo tra i due modelli di movimentazione, uno centrato sull’operatore (MCO) e l’altro centrato sulla persona (MCP). Sono stati utilizzati alcuni indicatori di sintesi delle valutazioni sullo sforzo fisico espresse dagli infermieri che hanno partecipato alla sperimentazione.

La verifica della riduzione dello sforzo da parte dell’operatore è stata condotta tanto per un’attività di movimentazione a 3 fasi che per una a 5 fasi.

L’assistenza al malato negli spostamenti nel letto dalla posizione laterale a controlaterale consiste nelle seguenti 3 fasi:

- a) da laterale a supino-lato letto;
- b) da supino-lato letto a supino-lato letto opposto;
- c) da supino-lato letto opposto a controlaterale.

Sono state effettuate misure dello sforzo fisico per tale movimentazione su due distinti gruppi di degenti, il gruppo chiamato 3A seguito da infermieri formati secondo l’approccio MCO ed il gruppo 3B seguito dagli stessi infermieri dopo che erano formati secondo i canoni della MCP.

Per i due gruppi sono state inizialmente analizzate le caratteristiche descrittive di età, sesso, e classe di dipendenza Braden (voce mobilità).

Il gruppo 3A, composto da 141 degenti di cui il 36% donne, ha riportato un’età media di 74,4 anni con deviazione standard (descrive la variabilità della caratteristica considerata, in questo caso l’età) pari a 12,5; il valor medio dell’indice Braden è risultato pari a 2,9 con deviazione standard pari a 0,7.

Il gruppo 3B di 74 degenti, di cui 42% donne, si è presentato con età media di 75,4 anni e deviazione standard pari a 13; l’indice Braden è risultato anche in questo caso pari a 2,9 in media, con deviazione standard pari a 0,6. In sostanza, in base alle caratteristiche descrittive i due gruppi di degenti risultano omogenei e confrontabili.

Nell’arco di cinque successivi interventi di movimentazione è stato dapprima calcolato lo sforzo fisico medio per ognuna delle tre fasi, valutato secondo la scala di Borg, quindi la somma di questi 15 punteggi medi (5 interventi per tre fasi ognuno) ha fornito lo Sforzo fisico totale per il gruppo di degenti considerato, nel caso del gruppo 3A pari a 48,6 e per il gruppo 3B a 38,8, con una diminuzione percentuale dello sforzo totale pari al 20,3% laddove si è operato secondo l’approccio MCP.

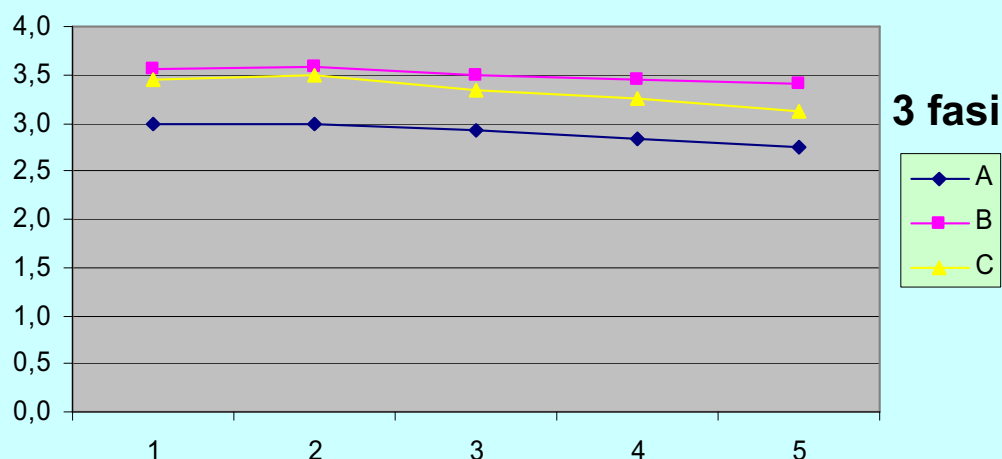
Per controllare l’effetto di fattori di confondimento, come ad esempio il peso dei degenti, si è calcolato la differenza percentuale tra i valori dello sforzo medio nel primo e nel quinto intervento.

Il risultato mostra come la diminuzione sia molto evidente nel caso dell’approccio MCP, con quasi un dimezzamento dello sforzo dopo cinque interventi (-46,9%) sul gruppo di degenti 3B, che non nel caso della dell’approccio MCO, dove per il gruppo di degenti 3A si registra solo un modesto decremento dello sforzo fisico degli infermieri (-7,3%).

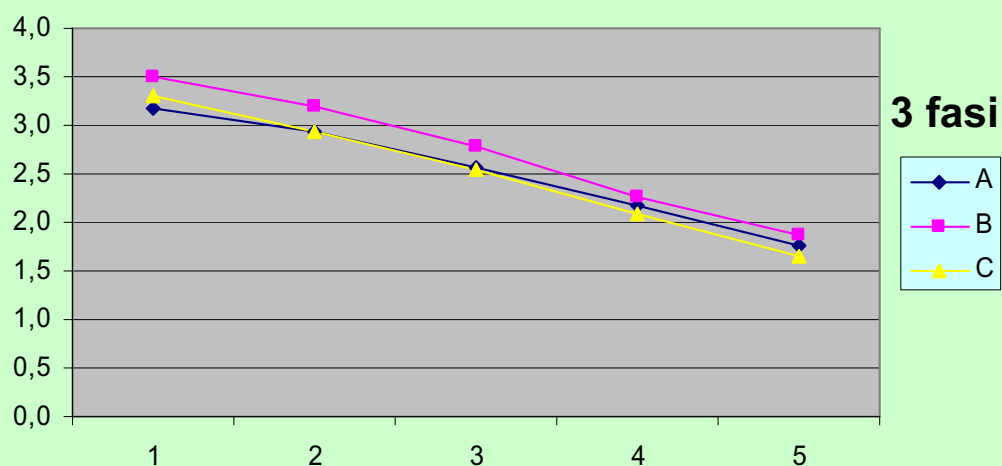
I grafici di seguito riportati illustrano i decrementi per ciascuna delle tre fasi nei due gruppi.

Graf. 1 – andamento dello sforzo fisico degli infermieri nella movimentazione dei degenti secondo l’approccio MCO (gruppo 3A) e secondo l’approccio MCP (gruppo 3B) in cinque successivi interventi

### Gruppo Intervento 3A



### Gruppo Intervento 3B



L'assistenza al malato negli spostamenti dal letto alla sedia/carrozzina si esplica in 5 fasi:

- sollevamento del busto (da supino a semiseduto);
- gambe fuori dal letto;
- posizione eretta spalle al letto;
- spostamento spalle alla sedia/carrozzina;
- da eretto a seduto sulla sedia/carrozzina.

Anche in questo caso sono state effettuate misure dello sforzo fisico per la movimentazione su due distinti gruppi di degenti, il gruppo chiamato 5A seguito da infermieri formati secondo l'approccio MCO ed il gruppo 5B seguito dagli stessi infermieri dopo che erano formati alla MCP.

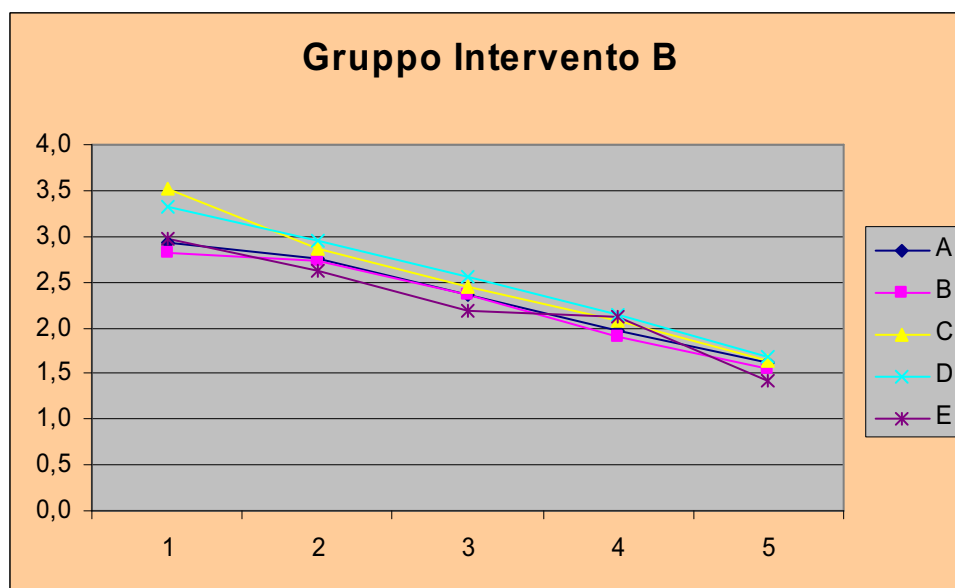
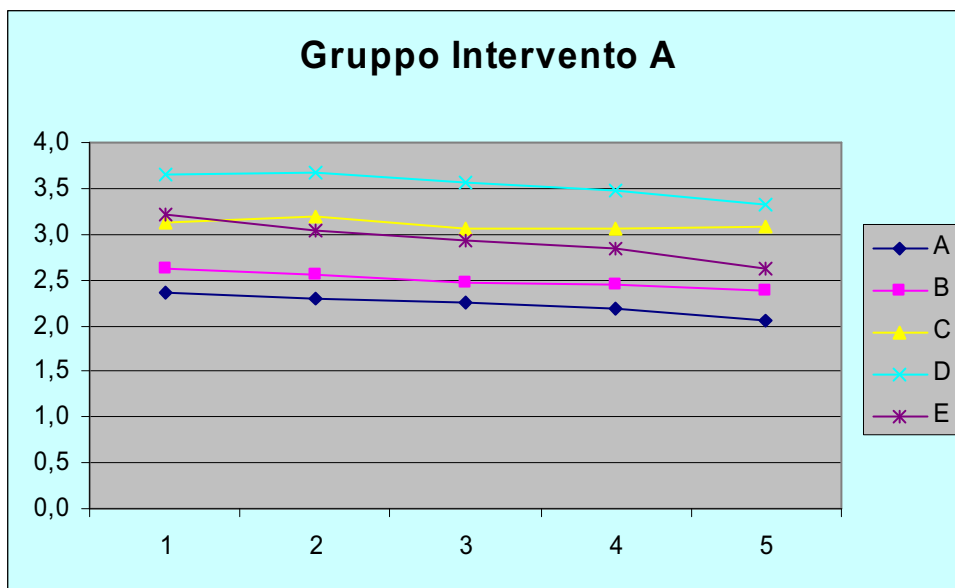
In termini di età, sesso, e classe di dipendenza Braden (voce mobilità), il gruppo 5A, composto da 103 degenti di cui il 30% donne, ha riportato un'età media di 74,8 anni con deviazione standard pari a 13,3; il valor medio dell'indice Braden è risultato pari a 2,7 con deviazione standard pari a 0,6. Il gruppo 3B di 80 degenti, di cui 38% donne, si è caratterizzato per un'età media di 74,6 anni e deviazione standard pari a 12,5; l'indice Braden ha assunto anche in questo caso il valore medio di 2,7, con deviazione

standard pari a 0,6. Ancora una volta i due gruppi di degenti risultano omogenei e confrontabili.

Considerati cinque successivi interventi di movimentazione, lo sforzo fisico medio valutato secondo la scala di Borg per ognuna delle cinque fasi è stato riassunto nello Sforzo fisico totale, nel caso del gruppo di degenti 5A è risultato pari a 71,5 e per il gruppo 3B a 59,5, con una diminuzione percentuale dello sforzo totale pari al 16,7% laddove si è operato secondo l'approccio MCP.

La differenza percentuale tra i valori dello sforzo medio nel primo e nel quinto intervento ha mostrato anche nell'intervento a cinque fasi un dimezzamento dello sforzo (-49,2%) nel caso dell'approccio MCP, per l'approccio MCO si registra un più modesto decremento dello sforzo fisico degli infermieri (-10,2%). I grafici sotto riportati illustrano i decrementi per ciascuna delle cinque fasi nei due gruppi.

**Graf. 1** – andamento dello sforzo fisico degli infermieri nella movimentazione dei degenti secondo l'approccio MCO (gruppo 3A) e secondo l'approccio MCP (gruppo 3B) in cinque successivi interventi



I risultati delle analisi condotte sui due gruppi di degenti mostrano con un'evidenza come la movimentazione centrata sul paziente conduca ad un deciso decremento, nell'ambito di successivi interventi, dello sforzo fisico richiesto al personale infermieristico. Viene così a ridursi



significativamente il rischio residuo per l'operatore (sforzo fisico richiesto nell'esecuzione dell'attività) in conseguenza della riduzione della domanda di movimentazione da parte del malato (cosiddetto rischio alla fonte).

I livelli di riduzione dello sforzo fisico ottenuti costituiscono un elemento estremamente positivo e potenzialmente capace di produrre la riduzione del danno per l'operatore, ma sono sicuramente solo una parte dei potenziali risultati. Mancano infatti indicazioni quantitative sulla portata delle azioni terapeutiche e relative analisi costi/benefici anche economici.

In sintesi, l'esperienza ha dimostrato che è possibile ridurre lo sforzo fisico degli infermieri nell'esecuzione di attività di movimentazione del malato, eseguite secondo il modello IGIEA della MCP, mediamente del 39% rispetto al modello bio-meccanico (tecniche di movimentazione standard).

Il miglioramento dell'autonomia ha interessato l'80% circa del campione dei malati osservati e il risultato è legato ad un approccio professionale capace di intervenire su 9 fattori di rischio appartenenti a tre nuove categorie identificate dal modello IGIEA e su 2 nuovi fattori di rischio appartenenti alle vecchie categorie.

Una ulteriore esperienza di laboratorio, condotta sempre presso l'A.O. S. Camillo-Forlanini, ha mostrato una ulteriore riduzione del 40% dello sforzo fisico percepito dagli infermieri ottenuta con l'introduzione di letti elettrici con caratteristiche tecniche definite per l'opportunità di intervenire su altri 4 fattori di rischio appartenenti a 2 delle nuove categorie di fattori di rischio offerta dall'utilizzo dei nuovi strumenti.

Lo studio ha inoltre permesso di evidenziare che l'attività di movimentazione da "prestazione", ossia attività che ha alla base uno standard definito, può essere reinterpretata in chiave di processo, consentendo una applicazione più estesa di quanto previsto in materia di responsabilità professionale (profilo professionale degli infermieri), utilizzando le competenze acquisite con la formazione di base e permanente, la capacità di analisi e di osservazione, implementata dalle conoscenze necessarie per dare una risposta assistenziale appropriata al paziente basata sulla analisi della situazione, sulla definizione delle risorse e degli obiettivi condivisi con il paziente e sulla valutazione dei risultati (processo di nursing).

I dati raccolti hanno permesso di valutare l'efficacia di interventi mirati sui singoli fattori di rischio e la capacità di valutazione dei rischi di uno strumento basato sul modello IGIEA.

**COSTI/BENEFICI  
(compresi benefici in termini di  
sicurezza e costi umani, sociali  
ed economici)**

**I costi** dell'applicazione del modello IGIEA della "Movimentazione Centrata sulla Persona" MCP si realizza a **parità di risorse economiche** impiegate per la formazione tradizionale prevista dalla Legge 81/08 ed è applicabile in situazioni dove non è possibile l'utilizzo dei sollevapazienti meccanici.

**BENEFICI**

**Per la sicurezza sui luoghi di lavoro**

- riduzione dei rischi da MMC (fino all'80% di riduzione dello sforzo fisico con l'introduzione di ausili per l'autonomia e letti elettrici; sforzo fisico, in molti casi, di livello estremamente basso e non a rischio di lesioni);
- riduzione, in termini qualitativi e quantitativi, la domanda di movimentazione nell'80% dei malati osservati;
- riduzione del numero dei certificati con limitazione lavorativa per MMC (35.000 circa in Italia);
- riduzione del peso delle limitazioni contenute nei certificati di idoneità con prescrizione;

**Per il malato:**

- miglioramento della qualità del servizio assistenziale;
- miglioramento del livello di autonomia dell'80% dei malati osservati;
- costruzione di misure di barriera verso interventi assistenziali inefficaci, se non potenzialmente pericolosi per il malato, in quanto sovradimensionati rispetto alle esigenze e pertanto responsabili di una progressiva perdita di autonomia;
- implementazione delle misure di sicurezza per la prevenzione delle cadute attraverso il miglioramento della conoscenza del malato, l'attuazione di interventi di assistenza personalizzata e il miglioramento o mantenimento dell'autonomia residua;

**Per la ricerca (*Evidence Based Nursing*)**

- acquisizione e sviluppo di nuove conoscenze e dati utili alla sperimentazione di un modello di valutazione dei rischi da MMC basato sulle evidenze;

**Per l'azienda sanitaria**

- valorizzazione delle risorse umane
- professionalizzazione delle risorse umane;
- creazione di comunità di pratica
- partecipazione attiva del personale
- miglioramento dell'immagine aziendale

**ESPERIENZE DI TRASFERIMENTO/DIFFUSIONE**

**Convegni di livello regionale e nazionale**

**Pubblicazione su riviste scientifiche e professionali.**

**Attuazione dei corsi come eventi formativi e come progetti formativi aziendali**

**Inoltre, per il 2009 è programmata:**

- 1. l'implementazione del modello IGIEA in 3 aziende sanitarie;**
- 2. la sperimentazione multicentrica del nuovo strumento di valutazione dei rischi da Movimentazione dei malati costruito sulla base dell'esperienza e che ha superato la fase di studio pilota.**