

IN CASO DI MANCATO RECAPITO RESISTITUIRE AL C.M.P.
DI VENEZIA PREVIO PAGAMENTO RESI

ORGANO UFFICIALE DEL COLLEGIO IPASVI DI VENEZIA

SPAZIO APERTO



PIÙ SFIDE PER IL FUTURO



6

TRIMESTRALE N° 6
ANNO V
GENNAIO 2008
POSTE ITALIANE S.p.A.
SPEDIZIONE IN
A.P.-d.l. 353/2003
(CONV. MI27/02/2004
N° 46) art. 1 comma 1,
DCB VENEZIA

Proprietario ed editore
"Collegio provinciale
IPASVI di Venezia"
Trimestrale a carattere
scientifico.

Registrazione presso il
tribunale di Venezia n° 1448
del 23.05.2003

Finito di stampare:
febbraio 2008
Realizzato da:
Stamperia Cetid
via Mutinelli 9 -
Venezia Mestre
info@stamperiacetid.it

Direttore responsabile
Luigino Schiavon

**Direzione-Redazione-
Amministrazione**
P.le L. da Vinci 8 Mestre
tel. 041-5055951
fax 041-5040882
ipasvive@collegio.it
CP 98 Mestre Centro CAP
30172 Mestre, Ve

Comitato Redazionale
Schiavon Luigino, Anòè
Giovanna, Bontempi
Sergio, Boldrin Luigino,
Boscolo Maria Rosa,
Monetti Alessandro,
Masato Carlo, Biscaro
Patrizia, Labelli Elsa, De
Pieri Alessandra,
Romanato Mirco, Iannotta
Mario, Rosa Maria
Cristina, De Rossi
Micaela, Vidal Mario

Comitato Editoriale
Luigino Schiavon, Carlo
Masato.

Segreteria di redazione
La pubblicazione del
materiale è subordinata
al giudizio della
redazione. Articoli, note
e recensioni, firmati o
siglati, impegnano
esclusivamente la
responsabilità dei loro
autori.

Progetto Grafico
Carlo Masato, Sebastiano
Schiavon

n°

EDITORIALE -
di Luigino Schiavon

3-5

REPARTI GUIDA PROGETTI IP.AS.VI. -
di A.A.V.V.

6-11

CONFERENZA F.E.P.I. -
di Carlo Masato

12-16

CURE PALLIATIVE -
di Cristica Gonzales Pinto

17-20

LA TRASFUSIONE -
di Manuela Barison

21-23

BED NEWS -
di Claudia Candotti

24-27

MANTENIAMO LA MEMORIA -
di Leda Cossu

27

ASSISTENZA INFERMIERISTICA -
di Elisa Lugato

28-33

CODICI BIANCHI -
di Barbara Vangelista

34-37

EMERGENZA NBCR -
di Filippo Muscolino

38-40

IL BAMBINO ASMATICO -
di Elisa Naccari

41-43

DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA -
di Carmelina Reppuccia

44-45

L'AGGRESSIVITÀ IN PSICHIATRIA -
di Oksana Holyuk

46-48

FORMAZIONE A DISTANZA -
di Luigino Schiavon

49-51

SCHEDE -

52-53

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA -

RETRO



Verso una nuova Architettura dell'assistenza

Nel corso del mese di dicembre hanno avuto luogo gli incontri fra il Consiglio Direttivo e i responsabili dei servizi infermieristici delle aziende sanitarie, i coordinatori dei canali paralleli dei corsi di laurea della nostra provincia e le rappresentanze sindacali. Scopo degli incontri quello di arrivare ad un documento condiviso che potesse rappresentare gli obiettivi della professione infermieristica per il prossimo futuro. La fase preparatoria è stata impegnativa ed ha visto coinvolti molti dei consiglieri del Collegio, portando ad evidenziare i nodi principali della professione, nella prospettiva di una crescita significativa del ruolo degli infermieri e delle infermiere in tutti gli ambiti, dall'organizzazione alla formazione, dalla operatività alla rappresentatività.

Questo documento rappresenta quindi "l'agenda dei lavori" sui cui si articolerà il confronto con i nuovi Direttori delle nostre aziende, così come con i direttori delle case di riposo e della ospedalità privata.

UN MODELLO DI ORGANIZZAZIONE INFERMIERISTICA PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA

L'evoluzione normativa ed organizzativa, quella dei modelli di formazione universitaria, e non ultima, la profonda modificazione dell'atteggiamento dell'utente nei confronti della Struttura Sanitaria e della qualità della cura, impongono un ripensamento profondo degli attuali modelli di riferimento nella gestione delle risorse umane, sia nell'ambito organizzativo che clinico-assistenziale.

Per tentare una risposta complessiva, omogenea ed integrata, a tali riflessioni è indispensabile fare riferimento ad una proposta atta a valorizzare la competenza come requisito di base per attivare qualunque concreto percorso di miglioramento della qualità dell'assistenza erogata.

Vengono individuati come obiettivi:

disciplinare in maniera organica e compiuta il sistema organizzativo delle professioni sanitarie e dell'assistenza;

garantire l'unitarietà della titolarità delle funzioni di indirizzo strategico, direzione, organizzazione e coordinamento del personale di afferenza;

valorizzare l'autonomia tecnico - professionale ed organizzativa,

produrre nuovi modelli organizzativi e professionali attraverso processi di ricerca e di sperimentazione.

Il raggiungimento di questi obiettivi strategici viene articolandosi attraverso la realizzazione di alcuni punti progettuali:

1) Articolazione della struttura complessa infermieristica

E' indispensabile che alla professione infermieristica siano riconosciute responsabilità direzionali e strategiche. Si indica pertanto che all'interno delle Aziende Sanitarie siano individuati nell'ambito della professione infermieristica :

Un Direttore di Struttura Complessa per ogni Azienda sanitaria

Un Responsabile di Struttura Semplice per la Direzione dell'Assistenza Ospedaliera di ogni presidio

Un Responsabile di Struttura Semplice per la Direzione dell'Assistenza territoriale

Un Responsabile di Struttura Semplice per la Direzione del Corso di Laurea delle Professioni Sanitarie
Si ritiene inoltre necessario prevedere sia nella ospedalità privata che nelle residenze per anziani almeno un dirigente infermieristico per ogni struttura.

2) Sviluppo professionale (orizzontale): l'infermiere consulente clinico

Il raggiungimento di obiettivi di appropriatezza assistenziale per specifici ambiti di patologia e/o prestazione, in risposta ai bisogni specifici della persona, non può che passare attraverso la valorizzazione delle professionalità già sviluppate, determinando la costituzione di percorsi formativi ad hoc per migliorare le competenze specialistiche infermieristiche al fine di "fornire informazioni e consigli su metodiche e tecniche infermieristiche nella materia di competenza, tramite un confronto di professionalità, il cui obiettivo è il cambiamento per il miglioramento dell'assistenza (completa e di qualità) al paziente".

Si viene con ciò a definire la figura dell' "infermiere consulente clinico", inteso come professionista particolarmente esperto rispetto a riconosciuti e riconoscibili ambiti di competenze, acquisite sul campo e/o attraverso specifici percorsi formativi (Master clinici) o di ricerca. I campi di approfondimento clinico o le aree di particolare esperienza devono essere riconducibili a macro-problemi assistenziali caratteristici per patologia e/o distinti per fasce d'età (neonato, bambino, anziano specie se fragile, area psichiatrica, dell'area critica ecc.).

L'Infermiere consulente: perché?

per una assistenza più qualificata, efficace e sicura;
per valorizzare e potenziare l'integrazione professionale;
per fornire un intervento qualificato su problemi assistenziali complessi,;
per sviluppare conoscenze, attitudini, esperienze.

Consulenza infermieristica intesa come:

Prestazione tecnica

Addestramento sul campo del collega/neo assunto/studenti

Educazione del paziente e/o dei familiari e promozione della loro autonomia

Valutazione

Supervisione ai colleghi

E' necessario che tale servizio sia riconosciuto dalla Direzione Sanitaria, la quale accredita gli infermieri su base volontaria e selezionandoli in base alle specifiche competenze possedute e garantisce in modo coerente e consequenziale alla competenza professionale un riconoscimento contrattuale in termini di progressioni orizzontali, premi di produttività, altri sistemi premianti (formazione, gruppi di lavoro, ...).

Puntare sulla consulenza infermieristica come strumento per il miglioramento della qualità dell'assistenza significa non solo programmare un generico pur se importante percorso di formazione continua; significa piuttosto progettare le competenze necessarie al raggiungimento dei principali obiettivi assistenziali e, rispetto queste, definire una pianificazione interna nell'ambito dell'Azienda Sanitaria ed una esterna in collaborazione con le Università, per la definizione di programmi formativi integrati rispetto le esigenze rappresentate.

3) Utilizzazione della contrattazione decentrata per garantire adeguato riconoscimento ai tutor anche attraverso l'istituzione di Unità Operativa Guida per Tirocinio e di Reparti –Guida

Tradizionalmente, i "reparti-scuola" erano rappresentati da specifiche sezioni ospedaliere gestite in autonomia dagli studenti, sotto la continua supervisione di infermieri denominati monitori.

Lo scopo principale di queste strutture era quello di apprendere al meglio le tecniche assistenziali più comuni (ad esempio, la somministrazione di terapie, l'igiene e la mobilitazione di pazienti non autosufficienti, ecc.), tramite la continua ripetizione di prestazioni, spesso finì a sé stesse, in un ambiente protetto molto simile ai contesti reali.

Obiettivo primario dei reparti-guida, invece, è quello di rendere concreti gli scenari assistenziali delinea-

ti nei corsi di laurea.

In sintesi, si dovrebbe costituire un'organizzazione infermieristica concentrata sui problemi di salute, con strumenti già descritti in letteratura: l'accertamento sistematico delle condizioni del malato per identificare la diagnosi infermieristica, la pianificazione di trattamenti autonomi oltre a quelli su prescrizione medica, la valutazione dei risultati raggiunti, la costruzione di un sistema documentale integrato per la registrazione e la condivisione del percorso terapeutico, ecc.

Inoltre, tali reparti/unità operative dovrebbero divenire il primo luogo dove sperimentare i cambiamenti clinico-organizzativi auspicati dalla direzione aziendale, per valutarne l'applicabilità e, qualora l'esperienza pilota funzionasse, la generalizzabilità in altre realtà locali.

A titolo esemplificativo, in tali reparti/unità operative si potrebbero introdurre: sistemi per la gestione del rischio clinico, specifici percorsi clinico-assistenziali, il governo di situazioni cliniche trasversali a molte unità operative ospedaliere (la relazione con il paziente straniero, la contenzione fisica, ecc.), nuovi software e strumenti informativi.

4) Sviluppo di modelli organizzativi innovativi per sperimentazioni organizzative, quali le U.O. per post acuti a gestione infermieristica.

Il concetto di complessità assistenziale considera da una parte i bisogni di salute e dall'altra le risorse da garantire. È evidente quindi che in situazioni post acuzie i bisogni di assistenza sono prevalenti su altri, il paziente stabilizzato dal punto di vista clinico ha necessità assistenziali o di predisposizione alla dimissioni che vedono nell'infermiere il principale attore. Per questo il modello di gestione infermieristica dell'U.O. post acuti rappresenta non già un obiettivo professionale quanto la naturale evoluzione dei modelli organizzativo-assistenziali.

5) Applicazione della legge 43/06 per il ruolo dei coordinatori.

6) Riconoscimento della centralità strategica, nei servizi di cure primarie, del personale infermieristico come espressione dell'adeguamento del sistema distrettuale ai modelli europei avanzati.

Luigino Schiavon

REPARTI GUIDA PROGETTI IP.AS.VI.

di A.A.V.V.

Dal REPARTO-SCUOLA al REPARTO-GUIDA
per il NUOVO INFERMIERE

Mario Degan, Elsa Labelli, Ornella Bonso, Maria Rosa Boscolo, Alida Favro, Luigino Schiavon.

La formazione di base degli infermieri è cambiata notevolmente negli ultimi anni.

È possibile individuare tre momenti storici:

1. dal 1975 la formazione è avvenuta all'interno di scuole regionali di durata triennale, gestite dagli ospedali, cui potevano accedere coloro che avevano superato il secondo anno di scuola media superiore. Tuttavia, coesistevano alcune situazioni anomale nel panorama formativo rispetto ad altre scuole professionali, riguardanti ad esempio la prosecuzione degli studi con specializzazioni riconosciute a livello nazionale e vincolanti per ricoprire alcuni ruoli professionali o la possibilità di iscriversi ad scuole universitarie per dirigenti infermieri se in possesso del titolo di maturità quinquennale.

2. A partire dall'anno 1990, prima in via sperimentale poi per obbligo di legge, la formazione di base per infermieri è passata a livello universitario, con l'istituzione del Diploma Universitario per Infermieri presso le Facoltà di Medicina e Chirurgia

3. Infine, dal 2001, sono stati istituiti i Corsi di Laurea in Infermieristica Generale e, poco dopo, la Laurea Magistrale, i Master e i Dottorati di ricerca.

Il percorso formativo attuale è in sintonia con il quadro normativo più recente, in particolare con il Profilo professionale dell'infermiere (DM 739/1994).

Tuttavia, la veloce evoluzione nella formazione e nella legislazione non ha avuto e non ha prodotto un analogo cambiamento nei modelli culturali ed organizzativi del lavoro quotidiano.

Presso i servizi delle aziende ULSS coesistono infermieri professionali con percorso formativo triennale (o perfino biennale) ed infermieri con titolo di studio universitario.

In modo semplicistico, si può affermare che si ritrovano assieme infermieri con una formazione basata essenzialmente nell'esecuzione di atti su prescrizione ed infermieri con una formazione che sottende a modelli assistenziali nei quali fondamento e responsabilità del professionista è la progettazione/attuazione di interventi propri.

Alcuni processi significativi che potrebbero agevolare l'integrazione tra queste due culture hanno subito un rallentamento, quali:

l'inserimento di operatori di supporto cui attribuire le attività improprie attualmente effettuate dall'infermiere si è ridotto, se non in alcuni casi quasi arrestato;

l'implementazione di unità assistenziali a gestione infermieristica, una delle altre possibili soluzioni organizzative che migliorerebbero qualitativamente la risposta assistenziale al cittadino, già adottate in altre realtà italiane, incontrano resistenza nel contesto veneto;

la costituzione dei Servizi Infermieristici, con alto grado di autonomia e responsabilità, che potrebbero contribuire a mediare il cambiamento, stentano a decollare.

A fronte di tutto questo, la situazione si aggrava ulteriormente se vi si associa la percezione che il conflitto tra la rappresentazione teorica e la pratica quotidiana, esistente da sempre ed ovunque, abbia in questi anni raggiunto dimensioni critiche nell'ambito assistenziale.

Il collegio IPASVI, per la sua natura istituzionale di rappresentanza professionale e per il rapporto privilegiato con gli infermieri che ricoprono ruoli di responsabilità all'interno delle aziende sanitarie della provincia, rileva alcune situazioni che delineano complessivamente un quadro preoccupante, quale, ad esempio:

deficit conoscitivi, rilevabili nelle prove di selezione del personale, che mal supportano l'azione assistenziale
scarsa consapevolezza del ruolo di guida degli infermieri esperti nei confronti degli studenti e dei neo assunti nel trasmettere conoscenze e competenze, che si traduce in difficoltà a reperire tutor clinici;
difficoltà nel realizzare un approccio basato sulla centralità del paziente, privilegiando invece il rapporto infermiere/tecnologia che si traduce in scarsa propensione a prestare servizio in reparti ospedalieri quali le geriatrie, le medicine generali, le lungodegenze, ...;
incapacità di trasformare la conoscenza e l'esperienza in apprendimento, continuando pratiche con scarse evidenze scientifiche che si ripetono immutate nel tempo;
conflittualità nel ridefinire l'ambito di responsabilità dell'infermiere, con frequenti "nostalgie" del mansionario, che genera incomprensioni tra gli infermieri stessi e con gli altri professionisti sanitari, in particolare per le attività di "confine";
difficoltà a tradurre, nonostante la formazione universitaria, il nuovo sapere in tema di organizzazione efficace, perpetrando così modelli assistenziali sorpassati;
immobilismo dell'organizzazione ospedaliera che, a fronte di una normativa in forte evoluzione, è rimasta ancorata al "modello medico-centrico", incapace di riflettere sulla sua inadeguatezza anche alla luce di quanto emerge dalla letteratura nazionale ed internazionale.
alto turn-over infermieristico intra ed interaziendale;
basso numero di iscrizioni ai corsi universitari.

Il Consiglio Direttivo del collegio IPASVI di Venezia ritiene che è tempo di farsi carico del problema che non consiste nella contrapposizione tra infermieri vecchi e nuovi ma piuttosto nella necessità di integrare l'esperienza e la padronanza nelle prestazioni assistenziali degli uni con il pensiero scientifico ed il ragionamento critico nell'espletamento giornaliero delle funzioni infermieristiche degli altri.

La pratica clinica è sempre più complessa della teoria. La teoria ha un ruolo significativo perché indica come e dove cercare i problemi assistenziali, come prevederli ed identificarli, ma poi è la pratica che rende concrete le conoscenze e cambia il grado di competenza dello studente e dell'operatore.

La soluzione indicata dal Consiglio Direttivo è di rivisitare l'idea dei vecchi "reparti-scuola" in una versione aggiornata e rinnovata negli scopi e nelle funzioni ma soprattutto nell'organizzazione, per riuscire a produrre modelli trasferibili e utili al cambiamento.

La proposta è quella di costituire dei "reparti-guida" dove finalità e obiettivi formativi si sperimentano e si misurano nell'organizzazione reale, nell'agire professionale quotidiano, in un continuum di ricerca - azione - implementazione, cioè reparti che orientino, che accompagnino il processo educativo verso lo sviluppo del percorso personale professionalizzante.

Quindi, secondo quanto premesso, si rende pertanto necessario sperimentare l'attivazione in ogni azienda ULSS della provincia di Venezia, almeno una unità operativa ospedaliera ed una unità di cure territoriali orientati alla clinica infermieristica avanzata, alla ricerca ed alla sperimentazione organizzativa di modelli assistenziali basati sulla centralità del paziente-utente in un sistema di continuità di cura.

Ruolo dei Reparti-guida

Tradizionalmente, i "reparti-scuola" erano specifiche sezioni ospedaliere gestite in autonomia dagli studenti, sotto la continua supervisione di infermieri denominati monitori.

Scopo principale di queste strutture era quello di apprendere al meglio le tecniche assistenziali più

comuni (ad esempio, la somministrazione di terapie, l'igiene e la mobilitazione di pazienti non autosufficienti, ecc.), tramite la continua ripetizione di prestazioni, spesso finì a sé stesse, in un ambiente protetto molto simile ai contesti reali.

Obiettivo primario dei reparti-guida, invece, è quello di rendere concreti gli scenari assistenziali delineati nei corsi di laurea.

In sintesi, si dovrebbe costituire un'organizzazione infermieristica concentrata sui problemi di salute, con strumenti già descritti in letteratura: l'accertamento sistematico delle condizioni del malato per identificare la diagnosi infermieristica, la pianificazione di trattamenti autonomi oltre a quelli su prescrizione medica, la valutazione dei risultati raggiunti, la costruzione di un sistema documentale integrato per la registrazione e la condivisione del percorso terapeutico, ecc.

Inoltre, tali reparti/unità operative dovrebbero divenire il primo luogo dove sperimentare i cambiamenti clinico-organizzativi auspicati dalla direzione aziendale, per valutarne l'applicabilità e, qualora l'esperienza pilota funzionasse, la generalizzabilità in altre realtà locali.

A titolo esemplificativo, in tali reparti/unità operative si potrebbero introdurre: sistemi per la gestione del rischio clinico, i percorsi clinici-assistenziali, il governo di situazioni cliniche trasversali a molte unità operative ospedaliere (la relazione con il paziente straniero, la contenzione fisica, ecc.), nuovi software e strumenti informativi.

L'organizzazione e l'attività clinica in queste realtà operative sarebbe in continua evoluzione poiché, ad ogni problema rilevato dall'equipe multiprofessionale, si definirebbe un preciso obiettivo assistenziale e quindi uno specifico progetto di miglioramento.

Dal punto di vista della didattica, ogni infermiere dovrebbe essere in grado di guidare l'apprendimento degli studenti, tramite processi di tutoring e mentoring.

Tutti gli studenti infermieri del II° e III° anno dovrebbero allora avere un'esperienza di tirocinio in queste unità operative per apprendere un metodo non ancora interiorizzato dalla maggior parte dei professionisti attualmente in servizio, dopo aver imparato in altre realtà le fondamentali pratiche assistenziali.

Questi nuovi "reparti-guida", infatti, non dovrebbero diventare delle isole a sé stanti, ma essere integrati nei percorsi formativi globali degli studenti infermieri, tramite la condivisione dei programmi didattici tra i referenti della formazione (il coordinatore del corso, i docenti ed i tutor clinici universitari, gli infermieri guide di tirocinio delle U.O. aziendali) e i referenti dell'organizzazione (infermiere coordinatore, coordinatore di area assistenziale, referenti del rischio clinico, ...).

Inoltre, si potrebbe far sì che la maggior parte delle tesi di laurea contribuissero allo studio, all'analisi e all'implementazione di progetti clinico-assistenziali aziendali e/o organizzativi, per rendere fattibile nuovi modelli di erogazione dell'assistenza.

Gli studenti avrebbero quindi la possibilità di ottenere un aiuto pratico nell'apprendimento della metodologia della ricerca mentre l'azienda riuscirebbe ad avere un sostanziale aiuto nell'attuare cambiamenti su temi giudicati rilevanti.

Questi reparti-guida, infine, potrebbero essere utilmente inseriti nei percorsi di tirocinio degli studenti dei Master in coordinamento e/o della Laurea Magistrale in scienze infermieristiche.

Il percorso costitutivo dei Reparti-guida

Il Consiglio Direttivo propone una partnership tra aziende sanitarie della provincia, università e collegio IPASVI.

Il Collegio offre il proprio contributo nel coordinamento dei responsabili dei servizi infermieristici ed i coordinatori dei Corsi di laurea in infermieristica delle quattro ULSS provinciali nella costituzione dei reparti-guida.

Si vorrebbe pertanto giungere ad un percorso comune e condiviso per tutte le aziende, seppure rispet-

tosio delle specifiche realtà locali.

Il progetto potrà svilupparsi pienamente solo se ci sarà una fattiva collaborazione tra i tre attori – il collegio IPASVI, l'Università e le Aziende ULSS – per i quali sono sinteticamente individuabili tre diversi ruoli.

1) Le aziende sanitarie hanno la responsabilità di:

Individuare le realtà operative ospedaliere e territoriali da coinvolgere nel progetto.

Si dovranno considerare caratteristiche oggettive, in particolare il rapporto numerico tra infermieri ed operatori di supporto, l'alta percentuale di infermieri laureati rispetto a quelli diplomati alle scuole professionali, consolidata esperienza degli infermieri nel tutoraggio degli studenti.

Più importanti, però, saranno altre caratteristiche meno misurabili, quali l'alto grado di collaborazione e fiducia reciproca tra personale infermieristico e medico e lo stile di leadership partecipativo del responsabile medico e del coordinatore infermieristico dell'unità.

Presentare e coinvolgere nel progetto i responsabili medici ed infermieristici e, successivamente, i professionisti clinici.

Idealmente, gli infermieri di queste unità operative dovrebbe essere selezionati su base volontaria secondo alcuni requisiti personali: tensione positiva nei confronti del cambiamento, forte motivazione al lavoro e capacità a lavorare in équipe.

Sarà quindi opportuno adottare meccanismi di mobilità volontaria del personale infermieristico interessato al progetto, eventualmente pensando anche ad un sistema premiante di tipo economico e/o di carriera, a fronte di una situazione lavorativa molto stimolante ma anche in continuo cambiamento.

Destinare risorse adeguate affinché, oltre alla normale attività clinica, sia possibile che il personale infermieristico si dedichi alle attività di tutorato e di miglioramento continuo della qualità, attraverso il perseguimento di obiettivi assistenziali.

Indicativamente, si tratta di assicurare una quantità di tempo sufficiente per: partecipare a audit e riunioni, effettuare revisioni bibliografiche, redigere progetti di miglioramento, frequentare corsi di aggiornamento, preparare lezioni d'aula, ecc.

2) L'Università contribuisce attraverso la partecipazione degli studenti e la verifica periodica rispetto al percorso formativo/organizzativo intrapreso.

3) Il Collegio IPASVI, partecipa al progetto attraverso la costruzione di un percorso formativo unico per tutti gli infermieri in servizio presso i "reparti-guida".

A questo proposito, il Consiglio Direttivo ha dato la propria autorizzazione a finanziare in misura consistente la formazione dei partecipanti al progetto.

Il percorso formativo per gli infermieri-tutor dei "reparti-guida"

La formazione per gli infermieri partecipanti al progetto dovrebbe tendere a due risultati.

Il primo scopo è quello più propriamente didattico: acquisire conoscenze ed abilità per assolvere al meglio alle funzioni richieste dal nuovo ruolo.

Al proposito, l'impegno maggiore sarà costruire un percorso che porti all'apprendimento di competenze spendibili nel quotidiano, coerenti con la cultura, l'organizzazione e le aspettative di ciascuna azienda ULSS.

In sintonia con le regole della formazione agli adulti (andragogia) per cui i discenti apprendono solo se prevedono un'utilità nella quotidianità, se sono protagonisti attivi del proprio percorso formativo e se vedono abbastanza rapidamente dei progressi, i docenti adotteranno modalità interattive e, a seconda dei contenuti presentati di volta in volta, chiederanno la partecipazione in aula dei partecipanti rispetto alle applicazioni pratiche da percorrere concretamente.

Il secondo obiettivo è creare una rete tra infermieri, trasversale alle aziende sanitarie della provincia con un linguaggio ed uno stile di lavoro comuni.

Si potrebbe instaurare, quindi, un meccanismo più o meno formale di relazioni reciproche che, in base alle competenze ed alle esperienze locali, porti ad attività di consulenza, a proposte congiunte di miglioramento clinico-organizzativo, a revisioni del ruolo, alla promozione di particolari attività, alla condivisione di informazioni, ecc.

Il progetto formativo sarà concordato con le aziende ULSS che parteciperanno alla costituzione dei "reparti-guida".

Tuttavia, è probabile che il percorso formativo sarà costituito da diversi corsi mono-tematici .

Possibili argomenti saranno:

1) L'accertamento infermieristico

i sistemi tassonomici per le diagnosi infermieristiche (ICNP, NANDA, ecc.)

i componenti di una diagnosi infermieristica NANDA

l'esame obiettivo infermieristico avanzato (palpazione, auscultazione, ecc.)

le scale di misura dello stato funzionale (ADL, Barthel, ecc.), di variabili oggettive e soggettive (dolore, ansia, obesità, ecc.)

sequenza di accertamento delle condizioni più tipiche (incontinenza urinaria cronica, disfagia, deficit nutrizionale, ecc.)

2) La pianificazione assistenziale

i sistemi tassonomici per gli obiettivi e gli interventi infermieristici (NIC, NOC, ecc.)

gli interventi complementari (tecniche per il rilassamento, interventi comportamentali, ecc.)

l'educazione terapeutica

la collaborazione con gli operatori di supporto

3) Il sistema documentale

strumenti cartacei ed elettronici per la trasmissione e la registrazione delle informazioni assistenziali scelta, misura e monitoraggio di indicatori di processo e di risultato

4) Evidence-based practice

le fonti di informazioni scientifiche (Pubmed, Cochrane, ecc.)

l'autorevolezza della fonti (impact factor, riviste peer review, ecc.)

analisi critica delle informazioni (livelli di evidenza, ecc.)

gli strumenti per la standardizzazione dei comportamenti lavorativi (linee-guida, protocolli, percorsi clinico-assistenziali, ecc.)

5) La valutazione degli studenti

campi dell'apprendimento e profilo di ruolo

caratteristiche di una prova di apprendimento (oggettività, affidabilità, ecc.)

scelta e misura delle performance assistenziali più significative

piani di autoapprendimento su obiettivi formativi predefiniti

6) I sistemi di gestione della qualità assistenziale

Qualità organizzativa, percepita e tecnico-professionale

Il ciclo PDCA

Significato e tipologie di accreditamento: storia e diffusione

Clinical Governance

Audit, Linee Guida e Indicatori

I docenti saranno scelti prioritariamente tra i dipendenti delle ULSS partecipanti al progetto, coinvolgendo perlopiù infermieri ma anche medici ed altri esperti in specifici settori (ad esempio, la VRQ).

Per assicurare l'organicità dell'intero percorso formativo, a tutti i corsi saranno presenti dei tutor d'aula indicati dal consiglio direttivo del collegio IPASVI.

Si prevede di accreditare i corsi sul sistema ECM regionale e di effettuare un numero di edizioni sufficienti per permettere la partecipazione di tutti gli infermieri coinvolti.

Successivamente è possibile già ipotizzare la predisposizione di iniziative di Formazione sul Campo per rafforzare le competenze acquisite.

VERIFICA: La verifica del grado di realizzazione del progetto sarà rivolta principalmente su tre direttrici:

- a) il versante formativo, attraverso la verifica degli obiettivi formativi per gli studenti universitari e per il personale infermieristico, mediante la rilevazione del grado di partecipazione, di soddisfazione, di apprendimento;
- b) il versante clinico assistenziale attraverso la verifica dei risultati assistenziali raggiunti mediante la verifica dei gradi di autonomia/autosufficienza funzionale dei malati alla dimissione, in rapporto alle altre unità operative, non soggette alla sperimentazione;
- c) il versante organizzativo attraverso il monitoraggio e la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi prioritari definiti, cioè del livello d'implementazione del cambiamento previsto nelle realtà individuate come "reparti guida".

Ulteriori elementi necessari per la fattibilità e la realizzazione pratica del progetto dovranno essere dettagliati in un secondo tempo, in quanto conseguenti e dipendenti dal conteso formativo ed organizzativo specifico.

Coordinatori del progetto per conto del collegio IPASVI sono:

Il Presidente del Collegio IPASVI di Venezia Luigino Schiavon per i contatti con i rappresentanti istituzionali delle ULSS coinvolte (direzione aziendale, responsabili dei servizi infermieristici).

la dott.ssa Maria Rosa Boscolo per la consulenza su aspetti organizzativi dei reparti guida;

le dott.sse Elsa Labelli e Ornella Bonso per la ridefinizione degli obiettivi didattici di tirocinio per gli studenti-infermieri e la loro armonizzazione tra le diverse sedi formative

il dott. Mario Degan per la predisposizione condivisa del percorso formativo per gli infermieri e la sua organizzazione.

CONFERENZA ANNUALE F.E.P.I.

di Carlo Masato

Dubrovnik 25-28 Settembre 2007: Conferenza annuale FEPI
(European Federation of Nursing Regulators)

Alla conferenza hanno partecipato numerosi paesi europei, alcuni già membri della Federazione altri "interessati" a questa forza emergente e significativa della professione infermieristica nel panorama europeo. L'ospitalità l'accoglienza e il territorio, hanno contribuito a creare un clima favorevole alla realizzazione di un evento così importante e certamente significativo per la professione. Questo Organismo (politico professionale) promosso e fondato dall'organizzazione professionale infermieristica italiana IPA-SVI, ha come mandato il duplice compito di tutela della salute del "Cittadino del Mondo" attraverso risposte precise al bisogno di salute, e di regolatore e vigilatore del processo di formazione e crescita della professione infermieristica nel mercato europeo promuovendo, attraverso il dialogo e la costruzione di intese tra paesi membri, standards elevati di competenza e prestazioni professionale.

TEMA DELLA CONFERENZA:

"Garantire ai pazienti protezione attraverso standards elevati di professionalità conoscenza e pratica".

L'evento si articola su tre aree tematiche:

- 1 Assistenza infermieristica di qualità nei servizi nel mercato interno.
- 2 Riconoscimento delle qualifiche professionali.
- 3 Formazione e competenza dell'assistenza.

INTRODUZIONE

Punto di partenza della discussione e dei lavori di gruppo il documento del "Processo di Bologna" (19 giugno 1999 paesi partecipanti 29) .

Tale evento rappresenta il percorso che i Ministri dell'Istruzione superiore dei Paesi Europei, si sono impegnati a seguire per costruire (entro il 2010) lo spazio europeo dell'istruzione superiore, integrato a quello della ricerca. L'impegno da parte dei Governi si basa su principi chiave comuni:

TRE CICLI la strutturazione dei sistemi nazionali di educazione superiore in tre cicli, che diano accesso a vari livelli di titoli di semplice leggibilità e comparabilità (laurea master dottorato).

CREDITI l'adozione di un sistema europeo di crediti.

DIMENSIONE EUROPEA la promozione della dimensione europea dei percorsi formativi.

FORMAZIONE E RICERCA l'integrazione delle due dimensioni della formazione e della ricerca.

MOBILITA' la promozione della mobilità di studenti, docenti e ricercatori.

FORMAZIONE CONTINUA lo sviluppo della formazione continua e ricorrente.

RICONOSCIMENTO il riconoscimento dei titoli e dei periodi di studio.

QUALITA' lo sviluppo dei processi di assicurazione della qualità.

DIMENSIONE SOCIALE il potenziamento della dimensione sociale dell'istruzione superiore.

STUDENTI la partecipazione attiva degli studenti al processo di Bologna.

ATTRATTIVITA' il miglioramento dell'attrattività e dell'apertura dello Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore verso l'esterno.

Questi cardini devono servire a orientare la ristrutturazione in modo omogeneo del sistema universitario europeo, ponendo come obiettivo condiviso e comune la necessità di rendere il sistema stesso traspa-

rente e su tre cicli: laurea di primo livello, master e dottorato di ricerca.

Successivamente questi focus vengono ripresi dai Consigli Europei a Lisbona (2000) dove viene posta particolare attenzione allo sviluppo programmatico di rafforzamento dell'occupazione, e la riforma economica di una economia basata sulla conoscenza quindi sull'istruzione come elemento importante di coesione sociale, e con Barcellona successivamente (2002).

L'occupazione infatti rappresenta uno degli elementi di maggiore discussione in campo europeo certamente non disgiunta dalla formazione professionale. Obiettivo quindi della Federazione è creare una piattaforma professionale europea condivisa e comune che permetta di garantire standard assistenziali elevati.

RELAZIONI

Il contributo Irlandese offerto da Dr Anne Marie Ryan segue la direzione della formazione di tipo universitario che sviluppa e implementa la conoscenza attraverso i master e il dottorato, sottolinea l'importanza del cambiamento del ruolo infermieristico sia sul piano professionale che sociale l'infermiere e sempre meno "istituzionalizzato" esce sul territorio e diventa riferimento per la collettività (modello Catalano) per diventarlo deve sviluppare competenza, sicurezza e quindi affidabilità temi suggeriti dall'accordo di Lisbona. Si parla di un programma di equilibrio teorico-pratico, di uno standards di formazione europeo che permetta di costruire una base professionale comune tenendo in debito conto le specificità culturali e professionali di ogni singolo paese.

Dall'Inghilterra Mary Gobbi (coordinatrice infermieristica del progetto Tuning dell'Università di Southampton) raffigura in modo significativo la professione infermieristica come un muro di cinta di una città (Dubrovnik) formato da pietre differenti fra di loro che assieme però rendono stabile l'intera struttura in quanto esiste una relazione che rende forte il loro legame. Utilizza l'immagine di una struttura verticale a rete che ad ogni intreccio di piani sviluppa un punto di forza rappresentato dell'infermiere.

Il progetto sperimentale "Tuning" iniziato nel 2000 e terminato nel 2003, ha come punto di partenza il curriculum professionale di ciascuno infermiere appartenente al progetto e come obiettivo quello di implementarlo attraverso percorsi di formazione in ambiente universitario per raggiungere un primo livello di formazione comune. Il percorso progettuale e il risultato del progetto sono visionabili all'indirizzo <http://www.let.jrug.nl/tuningproject/index.htm>

Il professor Austriaco Holger Bienzle (coordinatore del progetto di formazione in ospedale) ha presentato il progetto austriaco "Ospedale Elettronico" che rientra nel progetto europeo "Socrates". Vengono studiate nuove modalità di formazione per far sì che la cultura in senso ampio del termine, possa contribuire a migliorare la qualità psicofisica nei pazienti ospedalizzati. La formazione rappresenta lo strumento di "cura" e l'opportunità di integrare percorsi didattici già precedentemente iniziati oppure di concluderne altri. Le persone coinvolte sono adulti e/o bambini che attraversano un lungo periodo di malattia. Interrompere il processo di isolamento dovuto alla patologia è l'obiettivo, gli strumenti utilizzati sono stati la costruzione di programmi di formazione e aggiornamento gestiti con il computers, nel rispetto dei tempi e dei ritmi della giornata di degenza.

Il progetto è stato condotto per 5 anni in Austria su un campione di pazienti oncologici tra i 15 e 20 anni, il bilancio finale è stato soddisfacente in quanto sia il personale sanitario che i pazienti si sono lasciati coinvolgere in modo positivo, attraverso differenti programmi didattici raggiungendo buoni livelli di conoscenza e di abilità. Il risultato importante, obiettivo del progetto, è stato quello di aver spezzato il circolo vizioso dell'isolamento legato alla malattia e alla ospedalizzazione.

Il contributo offerto dalla sig.ra Faith Fields (presidente della NCSBN degli US, Consiglio Nazionale Americano regolatore della professione infermieristica) riporta l'attenzione sulla centralità del paziente in ogni processo di cura senza trascurare però l'attenzione verso il professionista. Questo organo regola e vigila la professione sotto ogni aspetto per dare al cittadino completa sicurezza, il controllo è a trecentosessanta gradi e indirizzato verso tutti coloro che si occupano di salute nel tentativo di garantire percorsi formativi elevati ed elevati standards assistenziali, il cittadino deve avere il diritto di poter scegliere e conoscere prima chi lo curerà e lo assisterà.

Questo tipo di controllo viene esteso su tutto il territorio nazionale nel tentativo di offrire garantendo in ogni suo processo performance di qualità elevata.

Compito del NCSBN è la vigilanza sulla professione attraverso anche l'apertura di istruttoria legale a partire da una denuncia diretta. Le fasi successive all'istruttoria dopo aver sentito l'interessato e dopo aver accertato la sua estraneità, responsabilità diretta o volontarietà nel commettere il reato o nel voler produrre il danno, prevedono la riabilitazione, togliere l'abilitazione o mantenere un periodo di osservazione. Qualunque sia l'esito dell'istruttoria vengono aperti due canali:

- a) comunicazione
- b) riabilitazione

in entrambe i casi il professionista non rimane solo e questo rappresenta un principio importante di tutela della persona.

WORKING GROUPS

Focus specifici sui quali riflettere ed elaborare strategie di sviluppo:

- 1 - assistenza infermieristica di qualità nei servizi nel mercato interno
- 2 - riconoscimento delle qualifiche professionali
- 3 - formazione e competenza infermieristica

da sottolineare il contributo offerto da molti paesi presenti alla conferenza, la predisposizione all'ascolto e al dialogo ha permesso di individuare punti di forza ma anche di debolezza della professione.

CRITICITA'

responsabilità professionale che segue l'infermiere in ogni paese nel quale svolge la propria attività che diventa tanto più evidente quanto aumentano le difficoltà legate alla lingua, al rapporto tra differenti culture.

qualità dell'assistenza spesso legata a prestazioni assistenziali che entrano in conflitto con culture differenti, livelli di conoscenza e capacità spesso troppo disomogenei tra professionisti.

integrazione difficile caratterizzata da rapporti di lavoro conflittuali, tutto questo influenza in modo negativo sia il rapporto tra professionisti ma anche tra professionisti e utente.

normativa professionale differente tra paesi spesso non ben conosciuta sia rispetto a chi accoglie sia rispetto a chi viene accolto.

differenti profili sia per competenza che per formazione con titolo uguale.

In più momenti è stato evidenziato quanto sia direttamente legato alla qualità dell'assistenza la qualità della relazione.

Nel mercato interno europeo transitano infatti "general nurse e specialist nurse" ma con percorsi che variano tra paesi membri, ogni paese al proprio interno fa riferimento a livelli assistenziali dettati evidentemente da assetti politici e risorse differenti.

OPPORTUNITA'

nonostante siano molti i punti di criticità il flusso che interessa e influenza ormai l'asse assistenziale europeo viene visto come una grossa opportunità di crescita professionale e di forte centralità dell'infermiere nel processo di salute della popolazione. Quello dell'infermiere è sempre di più un ruolo centrale attorno al quale altre figure professionali collaborano per raggiungere l'obiettivo unico che è la salute del cittadino lungo tutta l'età evolutiva. Il nostro quindi diventa un passaggio essenziale per la promozione e l'educazione alla salute.

OBIETTIVI

emergere da questo scenario la necessità di creare la figura dell'Infermiere Europeo che risponde ad una serie di requisiti professionali che ben supererebbero le criticità evidenziate quindi:

- 1 - formazione universitaria riprendendo la direttiva di Bologna e Lisbona, unica garanzia di uno standard elevato attivando poi tutti i livelli di formazione avanzata con master laurea specialistica e dottorato di ricerca.
- 2 - percorsi di formazione affidati e condotti da professionisti scelti secondo livelli e standards di competenza accreditati.
- 3 - banca dati dei professionisti che circolano nel mercato europeo.

4 - riconoscimento professionale da poter spendere in modo opportuno e coerente rispetto al proprio curriculum nei confronti del cittadino.

Questo Infermiere deve circolare all'interno dell'UE munito di un proprio fascicolo contenente tutto il suo curriculum professionale compreso quindi anche l'aspetto legato alla responsabilità civile e penale, in questo modo la garanzia del professionista diventa la garanzia del cittadino.

CONCLUSIONI

La nascita di questa nuova figura sembra essere condivisa da tutti perché evidentemente rappresenta la piattaforma sulla quale costruire quella struttura suggerita in apertura da Mary Gobbi. Ogni intreccio di piani è caratterizzato da forze costruite sulla base di percorsi strutturati secondo criteri oggettivi e di livello elevato condivisi da tutti, che rendono stabile la professione e consolidano l'alleanza con il cittadino europeo perché risponde in modo preciso al contesto entro il quale si realizza e concretizza la relazione d'aiuto.

Il puntuale intervento della nostra Presidente nazionale Annalisa Silvestro presente alla conferenza, riporta l'attenzione su due aspetti importanti e riconosciuti da tutti come imprescindibili da qualsiasi futuro percorso ossia:

- la centralità del paziente
- livelli assistenziali elevati

la Silvestro poi sottolinea che tutela del cittadino significa permettere al cittadino di conoscere da subito se l'assistenza erogata è di buon livello, spesso infatti lo scopre a posteriori e in molti casi non conosce nemmeno quali siano i requisiti di una elevata e buona pratica assistenziale.

Deve essere interesse di tutta la comunità professionale non costruire piattaforme partendo da standards di basso livello nel tentativo di rimanere uniti, anzi semmai lo sforzo deve essere fatto al contrario ossia dare sempre più un livello globale di assistenza elevato ed avanzato capace di rispondere in modo preciso ai bisogni della collettività intervenendo e correggendo in modo adeguato, quelle realtà assistenziali precarie e poco efficaci.

Ciò deve essere accompagnato dalla capacità di saper individuare i bisogni sia dei cittadini differenti per etnia e tradizione culturale, sia del professionista e imparando a gestire al meglio le risorse a disposizione.

È evidente che il ruolo della FEPI a questo punto è di fondamentale importanza, ruolo che deve per necessità diventare anche politico nel tentativo di porre le condizioni per un dialogo aperto al cambiamento e al progredire della professione tenendo sempre come obiettivo finale il cittadino attraverso il bisogno di salute. Diventa poi importante che ogni paese recepisca con attenzione e dimostri volontà al cambiamento governando scelte politiche al proprio interno tese al raggiungimento di obiettivi di salute comuni. Solo la volontà da parte di tutti i paesi europei a percorrere questa strada potrà essere di aiuto anche a quei paesi nei quali formulare la risposta di salute spesso diventa difficile.

Riflessioni:

i cambiamenti che in questi anni la "nostra professione" ha affrontato e compiuto hanno inevitabilmente prodotto all'interno momenti di tensione che in alcuni casi si sono poi concretizzati attraverso atteggiamenti di allontanamento di contestazione e altro ancora.

Tutto ciò è legittimo, e diventa costruttivo quando ci si vuol riconoscere appartenenti ad un processo di crescita che non possiamo fermare calando la testa, ma possiamo governare con la volontà di onorare l'impegno che noi ci siamo presi con il "Cittadino del Mondo". Non possiamo sottrarci a questa responsabilità che ogni giorno nel nostro lavoro affrontiamo, è una sfida contro che ci vede solo come esecutori di un ordine che giunge dall'alto senza autonomia di pensiero e di azione. Certo cambiare ha sempre comportato fatica ma i cambiamenti portano a maturare scelte sempre più complesse che restituiscono forza e soddisfazione e la nostra è sapere che quello che abbiamo fatto era al meglio delle possibilità concesse e che in quel momento siamo stati capaci di individuare ascoltare pianificare e agire per rispondere a un bisogno in modo adeguato. Non accettare il cambiamento è come essere in panchina a guardare passivamente chi gioca la nostra partita, senza avere il coraggio di proporsi aperti e pronti a sfide che fino a ieri per noi sembravano impossibili.

Avere la possibilità di ascoltare e vedere esperienze di altri colleghi di paesi differenti mi ha permesso di sentirmi fiero e forte di appartenere ad un gruppo professionale che intende spendersi fino in fondo per la tutela della salute del cittadino, convincendomi che i progetti sono realizzabili perché altri li hanno saputi realizzare.

Energia pura che ha bisogno anche di momenti difficili per aumentare la consapevolezza del nostro ruolo per farci superare le difficoltà del quotidiano.

Ciò che ci manca è la voglia di affermarci come professionisti portatori di conoscenza competenza e abilità tecnico relazionali.

Noi oggi siamo ad un bivio e dobbiamo scegliere se continuare ad abbassare la testa oppure alzarla assumendoci la responsabilità di governare il processo assistenziale di presa in carico di un cittadino sempre più alla ricerca di sicurezza per la propria salute.

La direzione è certamente questa che ci permette di realizzare a pieno il nostro mandato.

Ritornare a casa constatando che avversità climatiche, complicate e difficili relazioni umane governate da stress e frenesia sono elementi che influenzano in modo diretto ogni complessa e sofisticata tecnologia che ormai ci circonda è la riprova che il cambiamento dipende solo da noi e dalla capacità di affrontare le sfide di ogni giorno.

Ringrazio tutti coloro che mi hanno permesso e reso possibile vivere questa e altre esperienze utili sul piano relazionale e professionale.

Direttivo Provinciale di Venezia IPASVI
Infermiere Carlo Masato

CURE PALLIATIVE

di Cristina Gonzalez Pinto

CURE PALLIATIVE: PROPOSTA DI UNA SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELLA QUALITA' ASSISTENZIALE

Cristina Gonzalez Pinto

Le cure palliative sorgono a metà del '800 in Irlanda e Inghilterra dove vengono creati degli hospice dedicati alle persone sofferenti e malati gravi che non sono più guaribili, benché sia a metà '900 con il lavoro di Cicely Saunders che questa assistenza ai pazienti terminali diventa rilevante in tutto il mondo e si alimenta l'interesse per questo nuovo approccio alla vita e alla morte. L'assistenza palliativa si cimenta su una visione olistica della persona, dando attenzione e cura a tutte le dimensioni che fanno parte della stessa, attraverso un sostegno fisico, psicologico, relazionale, sociale e spirituale.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito le cure palliative come "l'assistenza globale, attiva, di quelle persone la cui malattia non risponde ai trattamenti curativi", con l'obiettivo di raggiungere la migliore qualità di vita per i pazienti e le loro famiglie. Perciò è fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali.

Inoltre, la Commissione Ministeriale per le cure palliative aggiunge "la valorizzazione delle risorse del malato e della sua famiglia oltre che del tessuto sociale in cui sono inseriti".

I centri residenziali di cure palliative, chiamati anche hospice, fanno parte della rete di assistenza ai pazienti terminali nel rispetto del programma nazionale per la realizzazione di strutture per cure palliative.

L'hospice è una struttura di degenza che svolge un'attività di cure palliative integrata e interfacciata con le cure domiciliari, che accoglie pazienti inguaribili, in una fase avanzata della malattia, che non possono più essere curati a casa temporaneamente o stabilmente.

Il compito dell'infermiere è fondamentale nelle cure palliative, mirate a ridurre la sofferenza ed a migliorare la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie attraverso una pronta valutazione, identificazione e gestione del dolore e dei bisogni fisici, sociali, psicologici, spirituali e culturali. La mancanza di una scheda specifica per la valutazione dell'assistenza infermieristica e, conseguentemente, della qualità di vita che si garantisce ai pazienti, impedisce agli infermieri professionali di valutare l'efficacia del loro piano assistenziale per quanto riguarda i risultati attesi ed, eventualmente, modificare gli obiettivi ed interventi per garantire una qualità di vita adeguata ai pazienti e familiari.

a) Obiettivi

1. Miglioramento delle competenze dell'infermiere nella raccolta e interpretazione dei dati sul paziente e nel promuovere decisioni pertinenti;
2. Identificazione dei bisogni assistenziali del paziente per pianificare gli interventi in

maniera efficace;

3. Valutazione della qualità di assistenza erogata dagli infermieri e qualità di vita espressa dal paziente per confermare o modificare gli obiettivi stabiliti nel piano assistenziale e gli interventi messi in atto.

L'Hospice Casa San Giovanni di Dio, inserito nell'Ospedale S.Raffaele Arcangelo Fatebenefratelli di Venezia, ULSS 12, è stato il reparto in cui ho svolto la mia ricerca sulla qualità dell'assistenza, in particolare sugli strumenti già esistenti e/o necessari per valutare le prestazioni erogate dal reparto di cure palliative ai pazienti ricoverati e ai loro familiari. La qualità dell'assistenza generale consiste nella sua capacità di migliorare lo stato di salute e soddisfazione di una popolazione nei limiti concessi dalle conoscenze, dalle tecnologie, dalle risorse disponibili e dalle caratteristiche dell'utenza.

Per assicurare la qualità dell'assistenza bisogna, in primo luogo, valutare la qualità erogata, attraverso strumenti di misurazione, come la scheda proposta in questo progetto. Posteriormente si è in grado di migliorare la qualità in quei punti che si sono rivelati più deboli o non soddisfacenti. Questo miglioramento della qualità si rende necessario perché:

- Ogni processo, se non governato-migliorato, degenera;
- In ogni sistema competitivo gli standard di performance tendono ad alzarsi;
- Il miglioramento continuo è la condizione di un mantenimento delle condizioni di competitività;
- Il miglioramento consente “apprendimento organizzativo” e, quindi, crescita;
- La crescita alimenta la “catena del valore”.

Accostandoci, inoltre, alla definizione di cure palliative che si centra sulla promozione della qualità di vita dei malati terminali, è stato ritenuto opportuno eseguire un'indagine per valutare se gli strumenti già esistenti nell'unità operativa fossero sufficienti a garantire il controllo della qualità delle prestazioni e, di conseguenza, a revisionare il piano di assistenza personale per ogni paziente.

L'hospice di cure palliative accoglie i pazienti e i loro familiari e si propone di:

- Migliorare il quadro sintomatologico dell'ospite;
- Mantenere le funzioni cognitive;
- Cancellare il dolore;
- Mantenere lo stato funzionale per svolgere le attività di base;
- Ridurre i sintomi legati alla malattia;
- Garantire la soddisfazione rispetto all'assistenza e qualità della vita dell'ospite e i familiari;
- Ridurre le complicanze iatrogene.

L'hospice San Giovanni di Dio ha 8 posti di degenza, occupati al 100% da pazienti con metastasi terminale, con una speranza di vita da tre a sei mesi approssimativamente, non autosufficienti o parzialmente autosufficienti, nella maggior parte dei casi sono presenti sintomi correlati allo stadio terminale della malattia come dispnea, astenia, stipsi e nausea. Data la limitazione nel numero di posti letto, è importante eseguire una valutazione accurata per stabilire la priorità del ricovero. A questa valutazione, dopo apposita richiesta, partecipano il medico responsabile del reparto, la caposala e un assistente sociale, che fanno una stima clinica approssimativa della sopravvivenza e valutano i sintomi e il grado di autonomia della persona. Una volta attivato il ricovero, viene eseguito in reparto l'esame obiettivo da parte del medico responsabile e viene compilata la cartella clinica che è integrata e condivisa da tutte le figure dell'equipe assistenziale (medico, infermiere, operatore, psicologo, assistente sociale e fisioterapista).

Gli strumenti operativi utilizzati per la valutazione clinica dell'assistito ed il piano di assistenza, però, non prevedono una scheda specifica per controllare e misurare la qualità delle prestazioni erogate dall'equipe e, pertanto, anche la qualità di vita che il personale dell'hospice garantisce ai suoi ospiti. E' stato approfondito questo punto insieme all'equipe assistenziale al fine di creare una scheda che permetta di migliorare la valutazione del paziente sotto una visione olistica e lavorare sugli aspetti che si rivelano più deboli in quanto a qualità delle prestazioni.

L'obiettivo centrale delle prestazioni erogate in hospice è quello di migliorare e garantire la qualità di vita e la massima autonomia degli assistiti e dei loro familiari. Perché questo sia possibile è necessario eseguire un accurato accertamento del paziente, per identificare i suoi bisogni, le sue esigenze e i suoi desideri, attraverso l'uso di questionari e schede compilati dal medico e dall'infermiere nel momento dell'accoglimento in hospice.

Il processo di nursing, pietra angolare della scienza infermieristica, consiste in una serie di fasi ed azioni pianificate che mirano a soddisfare i bisogni e risolvere i problemi degli individui. La sesta di queste fasi è rappresentata dalla valutazione degli interventi pianificati e le azioni messe in atto dopo l'accertamento e l'identificazione dei bisogni. E' stata riscontrata da parte del personale dell'Unità Operativa di cure palliative una particolare difficoltà nel concludere questa fase del processo dovuta alla mancanza di strumenti che misurino la qualità ed efficacia delle prestazioni attivate.

Per questo, è stata proposta una scheda di valutazione della qualità assistenziale, compilata dall'infermiere professionale in due tempi, con l'obiettivo di unificare i criteri di valutazione, migliorare l'interazione fra le diverse figure professionali che svolgono il loro lavoro in quest'area, ridurre il disagio, non sempre evidente, degli ospiti e i loro familiari derivato da interventi non sempre individualizzati, adeguati e aggiornati, e garantire una maggiore qualità di vita attraverso la qualità, controllata e revisionata, dell'assistenza.

La scheda proposta per questa valutazione della qualità si divide in sei parti, che rappresentano i principali bisogni e problemi assistenziali su cui valutare gli interventi pianificati. Questi bisogni sono stati rilevati da colloqui informali con gli ospiti del reparto, ai quali è stato chiesto di individuare cosa causava loro maggiore disagio e/o preoccupazione e di stabilire in ordine gerarchico i loro problemi al momento del colloquio.

La scheda di valutazione ha una intestazione in cui vengono inseriti i dati del paziente, la diagnosi d'ingresso e il problema principale che è stato identificato dopo il colloquio con l'ospite e la valutazione clinica eseguita dalle figure competenti dell'equipe.

E' prevista una compilazione a due tempi, a distanza di 10-15 giorni, perché in questo modo si garantisce un maggior controllo degli interventi e della loro efficacia, in quanto raggiungono gli obiettivi programmati. Per ogni quesito ci sono due possibili risposte: alta qualità o bassa qualità. Alla fine della scheda si ottiene il risultato della somma delle risposte ad ogni quesito, e ciò permette di avere una valutazione generale della qualità dell'assistenza e, allo stesso tempo, di identificare quali sono i punti in cui non si è garantita una alta qualità delle prestazioni.

Lo strumento di valutazione è costituito da 28 quesiti divisi in sei parti, che rappresentano i principali problemi ed esigenze dei pazienti terminali, identificati a sua volta mediante il colloquio con l'ospite e la valutazione medica, infermieristica e psicologica eseguita al momento dell'accoglimento e durante il ricovero: dolore, sintomi fisici e neurologici, alimentazione, autonomia, riposo e benessere.

I risultati del colloquio con i pazienti e i bisogni che hanno identificato come principali e maggiori, sono stati confrontati con i bisogni dei pazienti percepiti dagli operatori come più rilevanti, e si sono stabiliti gli obiettivi assistenziali che definiranno gli interventi che verranno valutati posteriormente. Questi obiettivi sono stati inseriti nella scheda di valutazione proposta:

- Il paziente non ha dolore;

- Il paziente non presenta nausea, vomito, cefalea, né altri sintomi secondari alla terapia in corso;
- Il paziente riposa e dorme in modo soddisfacente;
- Il paziente conserva l'integrità cutanea;
- Il paziente si alimenta in modo adeguato in base alle condizioni cliniche;
- Il paziente mantiene un livello di autonomia accettabile o lo migliora con interventi riabilitativi;
- Il paziente non riferisce disagio psicologico o ansia;
- Il paziente riceve adeguato supporto, aiuto e compagnia dai familiari e operatori;
- Il paziente non rifiuta la terapia palliativa;
- Il paziente comunica efficacemente con l'equipe assistenziale e con i familiari.

Il compito dell'infermiere che si occupa di cure palliative è quello di accompagnare la persona e i suoi familiari alla morte, intesa come parte della vita, perché “chi è in fin di vita è vivo”. Questo richiede un'assistenza centrata nella presenza, nel ascolto e nella fiducia, così come una qualità umana e tecnica impeccabile.

Per garantire questa qualità bisogna stabilire un piano assistenziale che preveda anche la valutazione e un feedback positivo, in modo tale da permettere agli attori del piano di adattarlo e modificarlo, se richiesto.

LA TRASFUSIONE

di Manuela Barison

L'INFERMIERE E LA TRASFUSIONE DI EMOCOMPONENTI

Manuela Barison

Presupposti per lo studio/evidenze empiriche

La trasfusione è un trapianto a breve termine inteso a fornire un supporto temporaneo ad un paziente con un deficit specifico. Viene identificata come la trasmissione di sangue da un organismo detto donatore ad un altro detto ricevente (trasfusione eterologa) o anche da parte del donatore a sé stesso (trasfusione autologa o autotrasfusione). Deve essere considerata una terapia atta a sostituire il sangue perduto in toto o in alcuni suoi componenti (globuli rossi, piastrine, plasma) in attesa che venga risolta la situazione patologica che ha portato alla perdita. Il fatto che ogni trasfusione possa dare gravi fenomeni di incompatibilità (reazioni trasfusionali) impone molta ocularità nel praticarla. L'assistenza infermieristica assume un ruolo importante in quanto richiede preparazione ed applicazione specifica non solamente dal punto di vista sanitario, ma anche organizzativo e tecnico poiché "la sicurezza delle trasfusioni dipende in larga misura dal comportamento del personale infermieristico".¹ Il sistema di emovigilanza dimostra che le complicanze da trasfusioni possono essere evitate o ridotte dall'applicazione di misure di sicurezza prima, durante e dopo la trasfusione. Tuttavia un'applicazione critica delle Linee Guida dovrebbe ridurre la variabilità dei comportamenti, dissuadendo dalle pratiche di non provata efficacia.² E' necessario, pertanto, stabilire principi di base comuni per un buon uso della pratica trasfusionale per assicurare la massima sicurezza. Si interessano di problemi trasfusionali anche gli organismi della Comunità Europea (CE)

quali:

- il Consiglio d'Europa (CdE)
- l'Unione Europea (UE)
- la Commissione della CE (CCE)

Il Consiglio d'Europa, infatti, ha emanato una Raccomandazione agli stati membri sull'insegnamento della Medicina Trasfusionale agli Infermieri dove vengono indicati suggerimenti per assicurare e garantire che tutti gli infermieri ricevano un'adeguata preparazione per la gestione delle trasfusioni del sangue. Viene indicato il programma educativo per la formazione del curricula dell'infermiere poiché sono notevoli le differenze nei curricula dei corsi infermieristici tra i diversi paesi europei. Sono stati stabiliti dei principi di base comuni per l'istruzione pre e post laurea degli infermieri sia in campo clinico che per la lavorazione del sangue e definite le basi comuni per un buon uso della pratica trasfusionale. L'assenza o la mancata applicazione di procedure specifiche rappresenta un importante fattore di rischio³ che può determinare il verificarsi di una reazione avversa. L'errore trasfusionale si può manifestare durante una delle diverse fasi del processo trasfusionale, dal prelievo del campione per la determinazione del gruppo sanguigno del ricevente fino alla trasfusione degli emocomponenti.⁴ Durante il tirocinio ho rilevato che gli infermieri delle unità operative presentano comportamenti differenti rispetto a quanto indicato nella norma di legge, tutelando, di conseguenza, in misura diversa il destinatario della trasfusione. Le cause

di tale situazione potrebbero essere ricercate nella scarsa e/o difforme conoscenza teorico-pratica della trasfusione, nella trasmissione acritica di consuetudini all'interno dei gruppi di lavoro, in una fatalistica sottovalutazione dei rischi, nella mancanza di protocolli e di strumenti informativi che permettano di chiarire e quindi di standardizzare l'attività. A tal proposito va ricordato che l'eventuale errore nella trasfusione di emocomponenti è quasi sempre causa di gravi conseguenze, compresa la morte.

Obiettivi dello studio

Questo lavoro si propone di:

- descrivere la variabilità dei comportamenti e la motivazione sottesa riguardo tutte le fasi del processo di somministrazione della trasfusione nel contesto dell'Azienda ULSS 13 del Veneto;
- illustrare gli strumenti informativi/operativi che gli infermieri potrebbero adottare per prevenire la variabilità di comportamento professionale e quindi le conseguenze sulla qualità/efficacia dell'attività finale;
- migliorare la qualità assistenziale garantendo un livello di sicurezza accettabile nelle procedure di trasfusione attraverso la standardizzazione delle stesse.

Strategie/interventi

Conoscere, attraverso l'analisi della normativa italiana ed europea, entro quali confini l'infermiere può muoversi, se in autonomia o attraverso la collaborazione con altre figure ed osservare il comportamento degli infermieri dal momento della presa in carico della unità di sangue e/o di emocomponente fino al termine della trasfusione, rappresentano due delle strategie fondanti il rilievo dei dati in questa indagine.

Ciò è stato realizzato attraverso:

- una lettura critica della normativa in relazione alla trasfusione;
- l'osservazione dei comportamenti infermieristici espressi in clinica attraverso una griglia;
- la realizzazione di un questionario somministrato agli infermieri per rilevare le conoscenze tecnico professionali collegate.

A fronte dei dati emersi gli interventi previsti devono agire su più fronti tra cui viene scelta la realizzazione di uno strumento informativo di veloce consultazione sull'intera procedura (poster: figura 1).

Popolazione soggetta allo studio

L'indagine effettuata, di natura descrittiva, si propone di valutare l'aderenza alle indicazioni normative dei comportamenti espressi dagli infermieri riguardo le trasfusioni, il livello di standardizzazione degli stessi, il tenore delle conoscenze e dei comportamenti dichiarati riguardo le procedure trasfusionali da parte del medesimo personale infermieristico.

L'indagine si avvale di due modalità di rilievo del dato. La prima consiste nella somministrazione di un questionario anonimo consegnato agli infermieri. La seconda modalità è rappresentata da una griglia di osservazione, strumento di guida all'osservazione dei comportamenti messi in atto dagli infermieri nei confronti della pratica trasfusionale. Gli ambiti presi in considerazione sia dalla griglia che dal questionario erano i medesimi:

- la richiesta del consenso informato,
- la gestione del prelievo,
- la presa in carico dell'emocomponente richiesto,
- il controllo dei dati prima della somministrazione,
- le modalità di conservazione della sacca,
- le modalità di somministrazione dell'emocomponente,
- la durata della trasfusione,
- il monitoraggio durante e dopo la trasfusione,
- la registrazione dei dati,

ambiti nei quali, comportamenti non adeguati, possono determinare errori e quindi potenziali conseguenze dannose. Il doppio rilievo dei dati ha la finalità di porre a confronto il dato percepito così come indicato nel questionario e il reale comportamento posto in essere, spesso influenzato dalla complessità dell'organizzazione, dal carico di lavoro, dai livelli di collaborazione interprofessionale ottenibili. Tale osservazione non prevedeva l'identificazione dell'infermiere che eseguiva la manovra, ma le azioni poste in essere nel processo complessivo della trasfusione. La griglia non è stata compilata davanti al

personale infermieristico, anche se questo ne era a conoscenza, per limitare al minimo l'influenzamento dei comportamenti.

I dati rilevati hanno evidenziato che al cambiamento normativo non è seguito un analogo cambiamento organizzativo né culturale generale, e stenta ad affermarsi anche un conseguente cambiamento dei comportamenti. Infatti i dati emersi dall'indagine evidenziano numerosi ambiti di difformità, con il rilievo di comportamenti reali diversi dalle azioni dichiarate dai medesimi infermieri. Ma l'indagine evidenzia anche livelli di scarse/erronee conoscenze e sottovalutazioni della situazione. La pratica trasfusionale assume di conseguenza caratteristiche sempre diverse.

Conclusioni

L'errore trasfusionale può essere innescato da ognuna delle diverse fasi del processo e con questa tesi si è cercato di comprendere le motivazioni delle singole azioni. Le cause delle situazioni rilevate potrebbero essere ricercate nella scarsa e/o difforme conoscenza teorico-pratica della trasfusione, nella trasmissione acritica di consuetudini all'interno dei gruppi di lavoro, in una fatalistica sottovalutazione dei rischi, nella mancanza di protocolli e di strumenti informativi che permettano di chiarire e quindi di standardizzare l'attività. L'indagine condotta ha messo in evidenza che, la prassi si differenzia notevolmente dalle dichiarazioni del personale e i comportamenti messi in atto sono paradossalmente più aderenti alle norme rispetto al dichiarato. Questa situazione quanto meno strana, può essere legata al fatto che l'assistenza assume i caratteri della routinarietà con la messa in atto di comportamenti consuetudinari tanto corretti, quanto pericolosi nella loro potenziale acriticità. Rimangono evidenti azioni estremamente scorrette supportate da poche conoscenze e da un esercizio della responsabilità piuttosto soggettivo. E' per questo che si propongono due strumenti di impatto immediato e di utilizzo diretto con la funzione di indebolire determinati punti di caduta e rinforzare le positività durante l'operatività nel tentativo di rafforzare l'esercizio della responsabilità che va verso la tutela del paziente.

IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA COMUNICAZIONE DI BED NEWS: REVISIONE DELLA LETTERATURA E PROPOSTE APPLICATIVE

PROBLEMA

Le bed news sono “notizie che alterano drammaticamente e negativamente le prospettive future del paziente” (Buckman, 1984). La comunicazione di questo tipo di notizie è un processo che coinvolge numerosi professionisti ed include in molte circostanze la partecipazione ed il supporto degli infermieri. Sempre più gli infermieri, infatti, intraprendono un ruolo attivo in questo processo, non solo nell'area collaborativa, come supporto al paziente e alla sua famiglia a venire a conoscenza del significato e del senso delle informazioni che gli sono state date, ma anche in quella autonoma, in quanto la loro professione include la capacità di diagnosi e la comunicazione di essa a pazienti e ai familiari. Tutta la diagnosi, infatti, potrebbe essere percepita dai destinatari come bed news e richiedere, quindi, una rivelazione premurosa: per esempio, lo stravasamento di una sostanza vescicante, un episodio temporaneo di desaturazione d'ossigeno, o ancora, la perdita dell'integrità corporea e l'esposizione del proprio corpo, che per i professionisti della salute possono rappresentare un inconveniente quotidiano, possono, invece, essere vissuti in modo significativo dai pazienti, causando afflizione, rabbia e sofferenza. Scopo di questo studio è esplorare e comunicare il contributo che gli infermieri sono capaci di apportare al processo di comunicazione delle bed news.

MATERIALI E METODI

Fonti dei Dati: La ricerca bibliografica è stata effettuata essenzialmente attraverso la banca dati MEDLINE utilizzando il database Mesh, o attraverso la ricerca libera. Successivamente è stata effettuata una ricerca bibliografica sul motore di ricerca Google; inoltre sono stati analizzati gli indici bibliografici di tutti i documenti selezionati.

Parole Chiave: sono state utilizzate le seguenti parole chiave: Breaking bad news, truth disclosure, information management, nursing, nursing theory, patient, sia singolarmente che in combinazione fra loro.

Criteri di selezione:

1. Pertinenza degli argomenti
2. Rilevanza del ruolo infermieristico rispetto al fenomeno oggetto di indagine
3. Data di Pubblicazione (1997-2007); il range è stato ampliato se i documenti soddisfacevano pienamente i due criteri precedenti.

Materiale Reperito: Attraverso le modalità citate sono state individuate 51 fonti che comprendono principalmente studi di tipo qualitativo.

RISULTATI DELLA RICERCA

Aspetti etici

Gli studi hanno evidenziato come, per molti anni, il grande interrogativo etico riguardante la comunicazione della cattive notizie sia stato se dire o non dire la verità al paziente.

Numerose ricerche hanno dimostrato che esiste una percentuale elevata di persone che vogliono conoscere la verità, percentuale che varia dal 50 al 97% a seconda degli studi (Buckman, 2003).

L'infermiere, avendo, competenza informativa al pari di qualsiasi altro professionista, deve garantire alla persona l'informazione, che costituisce una "integrazione della prestazione sanitaria finalizzata alla tutela della salute" (Rodriguez, 1998). Anche il Codice Deontologico dell'Infermiere (1999) pone l'ascolto e l'adeguamento al paziente come base dell'agire professionale e mostra un profondo rispetto all'autodeterminazione del paziente sancito dalla Costituzione e dall'art. 610 del Codice Penale. ("Qualsiasi trattamento senza consenso è illecito"). La cultura professionale è altrettanto chiara al proposito, tanto che tra le diagnosi infermieristiche figura "Deficit di Conoscenze".

Attualmente in Italia si è passati dal tema etico "se dire o meno" al "come dire": la verità infatti, secondo Simpson (1982) potrebbe essere paragonata ad un farmaco, che come tale ha una sua specifica cinetica: dosi insufficienti risultano inefficaci e possono danneggiare la fiducia del paziente nei confronti dell'infermiere, d'altra parte un approccio troppo entusiastico può provocare sintomi da sovradosaggio; ci sono poi casi di shock anafilattico, di reazioni idiosincrasiche e di tolleranza, così come talvolta vi sono reazioni di resistenza. Ovviamente "qualunque sia la percentuale di persone che vogliono assolutamente conoscere la verità, noi dobbiamo, in qualità di professionisti della salute, individuare il modo migliore di determinare i desideri del singolo paziente e adattare a quella persona la strategia per comunicare le informazioni (Buckman, 2003). Va dunque evitato un accanimento informativo, piuttosto l'infermiere deve calibrare la trasmissione dei messaggi, partendo dalla percezione delle aspettative, dei bisogni e della volontà della persona, scoprendo quale e quanta informazione essa vuole ricevere.

Reazioni del paziente

Ma quali sono le reazioni davanti un evento critico come la comunicazione di cattive notizie?

Ci sono diverse teorie che hanno tentato di delineare una modalità di porsi verso questo fattore di crisi: la più nota è quella di Kubler-Ross (1970) che propone un modello a cinque fasi: negazione, rabbia, patteggiamento, depressione, accettazione. Buckman (2003), ha fortemente criticato questo modello ritenendo, invece, che una persona di fronte ad un evento serio come la comunicazione di una bad news, mostri delle reazioni a lui caratteristiche e tipiche del modo in cui ha reagito alle difficoltà in passato e non relative allo stadio del processo o della diagnosi in cui si trova. Egli ritiene, inoltre, che vi siano reazioni estremamente comuni come la paura, il senso di colpa, l'incredulità, l'incapacità a prendere decisioni, lo spostamento, la missione, che sono state tralasciate dal modello a cinque stadi. Biondi, Costantini e Grassi (2003) hanno proposto anch'essi una teoria a fasi: fase di shock, fase di reazione, fase di elaborazione, fase di riorientamento al cui interno, però si manifestano alcune delle emozioni di cui parla Bukmann, e che spesso coincidono con i meccanismi di difesa con il quale l'individuo filtra il dato di realtà in modo da renderlo sostenibile.

Comunicazione di bad news: strategie infermieristiche

Di fronte a queste reazioni c'è un modo migliore per comunicare le cattive notizie?

In realtà non esiste un metodo universale utile all'infermiere per comunicare cattive notizie; tuttavia Farrel (1999) e Buckman (2003) offrono delle indicazioni di comportamento che possono aiutare l'infermiere ad assolvere a questo difficile compito. Entrambi gli autori individuano sei passi, che costituiscono una sequenza che può guidare il professionista nell'interazione.

Farrel:

1. Pianifica l'evento;
2. Stabilisci un rapporto di fiducia;
3. Riconosci l'unicità dell'esperienza;
4. Conosci le esperienze passate e i meccanismi di coping del paziente e della sua famiglia;
5. Fornisci informazioni con consapevolezza sulla comunicazione e sulle abilità interpersonali;
6. Infondi speranza e massimizza il coping.

Buckman:

1. Crea un ambiente confortevole;
2. Cerca di capire cosa la persona sa rispetto alla sua condizione;
3. Chiedi alla persona il consenso ad essere informato;
4. Descrivi le modalità con cui fornisci informazioni al paziente;

5. Contieni le emozioni tramite una risposta empatica;

6. Rivedi le informazioni ed accertati della comprensione.

Ruolo medico e ruolo infermieristico nella comunicazione di bad news

Gli studi reperiti hanno analizzato la differenza tra ruolo medico e ruolo infermieristico nella comunicazione di bad news ed è emerso quanto segue:

RUOLO MEDICO: "Fornisce informazione idonea sulla diagnosi medica, sulla prognosi, sulle prospettive e le alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate" (Codice di Deontologia medica, 1998).

RUOLO INFERMIERISTICO:

Fornisce informazioni sulla diagnosi infermieristica (Farrel, Ryan, & Langrick, 2001);

Informa il medico circa la consapevolezza del paziente sulla propria malattia prima della comunicazione della diagnosi (Morton, 1996);

Risolve eventuali difficoltà comunicative dopo la comunicazione della diagnosi (May, 1993);

Rende progressivamente consapevole il paziente di tutte le implicazioni che la diagnosi comporta (Dewar, 2000).

È avvocato del paziente, cioè si fa portavoce dei bisogni del paziente, nel pieno rispetto delle sue decisioni e libertà...., traduce le informazioni mediche....; aiuta il paziente a comprendere i suoi reali sentimenti, aiutandolo ad acquisire consapevolezza della situazione, perché possa partecipare attivamente al piano terapeutico (Morrissey, 1997).

DISCUSSIONE

Gli studi analizzati indagano singoli aspetti della comunicazione di bad news senza esplorare il processo nella sua interezza: definizione di cattiva notizia, se esiste un reale bisogno da parte delle persone di ricevere bad news infermieristiche, come comunicarle, come valutare l'efficacia di una tale comunicazione e quali implicazioni ha per l'assistenza infermieristica.

I limiti della ricerca riguardano, quindi, principalmente la non comparabilità dei risultati, in quanto il materiale reperito, analizzando diversi ambiti e aspetti della comunicazione di cattive notizie, non permette di effettuare confronti e di trarre conclusioni comuni. Inoltre la maggior parte degli studi è di tipo qualitativo e difficilmente i risultati a cui pervengono sono generalizzabili.

Tuttavia la ricerca anche se non risponde a tutti gli interrogativi sulle bad news certamente evidenzia come gli infermieri abbiano un ruolo attivo in questo processo e offre un contributo per la pratica attraverso la proposta di un protocollo per la comunicazione di bad news infermieristiche che si basa sul modello proposto da Buckman (2003) ma che propone una rielaborazione per il contesto italiano.

Questo modello è

Utile e pratico nelle situazioni cliniche quotidiane;

Basato su principi coerenti e solidi;

Comprensibile;

Insegnabili e di facile apprendimento.

Linee Guida per gli infermieri su come comunicare le bad news:

1. Prepara l'ambiente (organizza la privacy, elimina le barriere, evita interruzioni)

2. Cerca di capire le percezioni del paziente sulla situazione

3. Ottieni il consenso all'informazione (cosa vuole sapere e come)

4. Fornisci conoscenza e consapevolezza

5. Contieni le emozioni

6. Accertati che abbia capito e rispetta le sue scelte

7. Pianificazione (pianifica i trattamenti e gestisci il piano discusso)

8. Documenta il colloquio

Fondamentale è tenere un record relativo alla comunicazione delle bad news dove oltre alle informazioni anagrafiche e alla diagnosi vengono segnalati i dettagli rilevanti del colloquio, come ad esempio reazioni particolari.

Manteniamo la memoria senza trattenere la paura
Leda Cossu

MANTENIAMO LA MEMORIA

di Leda Cossu

Malattie gravi, disabilità, sofferenza mentale... si possono attraversare se ne manteniamo la memoria senza trattenere la paura, se evitiamo nelle nostre vite il metodo delle appartenenze, il metodo scientifico e praticato delle esclusioni in ogni luogo di vita, dei pre-giudizi che uccidono le persone, le anime prima ancora dei corpi. È il grande fiume della vita che scorre, "nostra", dei nostri cari. Vivere sugli argini della Brenta ha insegnato alla mia famiglia materna che il fiume è una via d'acqua... in movimento, è un cortile per il gioco, si può attraversare, lavorare. La mia nonna traghettava di qua e di là operai, soldati... a Dolo, all'altezza di Casello 12, prendevano la Vacca Mora, il primo trenino veneto che andava da Piazzola sul Brenta a Marghera. Ognitanto col remo salvava qualcuno che rischiava di essere sommerso, c'è ancora la casa lì, amo non dimenticare i luoghi della vita, per non perdermi. La "nostra" vita non è solo lavoro, sofferenza, paura, ma anche gioco, gioia, esercizio di libertà consapevole, pause.. ritmo. "Persone" dice la Costituzione, quel piacevole libretto sul quale amo sognare ancora. Parla di persone nei primi articoli 2, 3, 4. All'art. 3 parla di cittadinanza e ancora di persona.... senza distinzione di condizioni personali e sociali. Parla di rimuovere gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona umana. All'art. 4 parla di lavoro come cittadinanza, intendendo come tale un'attività o una funzione che concorre al progresso materiale o spirituale della società. Il concetto di persona è stato fortemente voluto dal sindaco La Pira di Firenze, fra i padri (e le madri) della Costituzione. Ogni persona può essere partecipe, nessuna esclusa. Sta a noi testimoniare i progressi che hanno fatto le nostre singole vite grazie al lavoro con il disabile, il sofferente in genere, anche mentale. Non plaudo alla sofferenza, quella pausa che fa parte del ritmo della vita, ma occorre un lavoro per andare oltre, che se vogliamo evitare ad ogni costo.... a volte non ci sarebbero "le persone", tutti noi. Avere un'attesa curiosa per l'avventura che accompagna ogni essere umano, attendere con matematica certezza la magia che avviene quando ha lo spazio per esprimersi, mantenere la memoria di questa magia... aiuta la convivenza "civile", ci dà pace, motivazione di vita e di lavoro. Leda Cossu del Forum Veneto per la Salute Mentale

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

di Elisa Lugato

“ANALISI DELLA QUALITÀ DELL’ASSISTENZA INFERMIERISTICA
ALLE PAZIENTI SENOLOGICHE,
CON CREAZIONE DELLA LETTERA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA”

ABSTRACT

Comprendere la capacità di risposta qualitativa del professionista, infermiere e non, di fronte al bisogno assistenziale, è un processo più che mai necessario nella stagione delle responsabilità dall’introduzione della Legge n. 42 del 26 febbraio 1999.

La Legge n. 42/99 infatti attribuisce alle varie figure sanitarie, il valore di “professione sanitaria”, rivedendo quanto stabilito in precedenza dal Regio Decreto n. 1265 del 1934 che relegava le figure operanti nel settore sanitario, ad esclusione dei medici, al ruolo di figure “ausiliarie”, non concedendo loro una propria identità e un proprio ruolo ben chiaro, sminuendo la professionalità stessa dei vari operatori.

Oggi l’infermiere, ed il medico, sono definiti come “professionisti”, e pertanto devono essere in grado di fornire un’assistenza adeguata al loro ruolo ed alle loro capacità.

Rispetto al passato, il lavoro d’equipe è un momento sinergico tra professionisti che incrociano i propri campi di attività in base a “problemi collaborativi”, con al centro della loro attenzione la “Persona”.

L’intenzione di questa ricerca è quella di esplorare come le donne ricoverate nelle Unità di Oncologia percepiscono la qualità dell’assistenza, verificando se i modelli assistenziali usati nelle varie Unità sono efficaci per fornire un’assistenza a 360 gradi alle pazienti che, a causa della loro malattia dovranno subire, o hanno subito un intervento così demolitivo come può essere quello per il tumore al seno.

In questo elaborato si è voluta fare perciò un’analisi critica della qualità dell’assistenza infermieristica fornita alle pazienti senologiche che si affidano all’ulss 12 Veneziana.

L’analisi è stata effettuata, sia sull’assistenza fornita durante il periodo di ricovero per l’intervento chirurgico, sia nel periodo post-dimissione, in cui queste pazienti devono essere in grado di affrontare e saper gestire il cambiamento, sia fisico che relazionale dato dalla tipologia di intervento subito. Tutto questo ha come fine quello di creare un supporto cartaceo da consegnare alle pazienti durante i periodi sopraindicati per poter fornire loro un valido supporto e dei punti di riferimento validi.

L’analisi è stata effettuata tramite la somministrazione di 30 questionari suddivisi in parti uguali (15) tra due campioni casuali di pazienti senologiche seguite dal personale di due Unità operative di Oncologia: U.O. Senologia dell’Ospedale Umberto I° di Mestre, U.O. Oncologia Day Hospital dell’Ospedale SS. Giovanni e Paolo di Venezia.

Perché un questionario informativo? Perché tra tutte le metodologie di raccolta dati, a mio parere il questionario, associato ad un breve colloquio di presentazione è il metodo più affidabile per raccogliere dati che in un secondo momento possono essere riconsultati e ricatalogati per creare dei grafici da cui individuare le carenze ed i punti di forza dell’assistenza infermieristica in ambito senologico.

Il questionario comunque è stato somministrato in forma assolutamente anonima, nel più totale rispetto della legge 675/96 sulla tutela della privacy.

Per garantire ulteriormente l'anonimato, alle pazienti è stata consegnata una busta in cui chiudere il questionario compilato, così ciò che vi è stato scritto, non può essere letto dal personale sanitario. Questo, oltre a tutelare la privacy, mette anche in condizione la donna di poter rispondere liberamente alle domande, senza paura di essere poi giudicata da chi dovrà essere il suo "punto di riferimento" per la cura della malattia.

Il questionario è composto da 15 domande, di cui una parte relativa a domande di carattere generale, sulla patologia, il tipo di intervento, il numero di ricoveri ecc; mentre una seconda parte propone domande più specifiche sull'assistenza infermieristica e sulla sua qualità.

I dati ottenuti dalla trascrizione e dall'analisi delle risposte date dalle pazienti, mettono in evidenza alcuni aspetti fondamentali che non sono da sottovalutare per poter creare un libretto/lettera di dimissione infermieristica che sia veramente comprensibile ed efficace, come ad esempio, dalle prime domande si è potuto delineare il profilo "tipo" delle pazienti senologiche:

le pazienti hanno in media 59 anni,
i giorni di degenza, di media sono 5,
il numero di ricoveri è pari a 1,
gli anni di malattia sono in media 3.

Analizzando le medie fin qui calcolate, si può dedurre che, sebbene l'età delle donne non sia elevata, e che quindi il livello culturale e d'istruzione sia discreto, i tempi di degenza, e quindi il tempo per effettuare una corretta educazione sanitaria a queste pazienti sia limitato dal fatto che le degenze durano pochi giorni.

Il supporto di materiale informativo, in questo caso sarebbe di grande utilità perché permetterebbe di fare un'educazione sanitaria adeguata, ma soprattutto mirata, adattandola così ai tempi ristretti di degenza.

Per quanto riguarda la tipologia di intervento si è riscontrato che il più eseguito nelle due Unità Operative prese in esame, è la Chirurgia conservativa (o quadrantectomia), che è pari al 45% del totale degli interventi.

Anche se a prevalere è appunto la chirurgia conservativa, ciò non vuol dire che non si debba considerare l'aspetto psicologico legato alla "mutilazione" che le donne percepiscono dopo l'intervento, difatti basta pensare che, anche una chirurgia conservativa, molte volte prevede l'asportazione del capezzolo, e quindi la deformazione della mammella.

La domanda sulle terapie effettuate, è stata di difficile interpretazione, in quanto molte donne effettuavano contemporaneamente più tipi di terapie, e per questo motivo si è resa necessaria un'analisi dettagliata e particolare dei dati.

Dall'analisi dei dati rilevati, si è visto che al giorno d'oggi, si predilige l'attacco in combinata con i tre tipi di terapia, infatti è la terapia base nel 30% dei casi; essendo il tumore al seno un tipo di patologia molto aggressiva, si preferisce agire su tutti i fronti e su tutte le fasi e le cause della malattia, facendo così aumentare le possibilità di guarigione.

Da tener presente comunque che, nei casi in cui non sia possibile effettuare la terapia ormonale, si usa comunque la combinazione: chemioterapia e radioterapia, in modo da aggredire il tumore, sia localmente, che sistemicamente; questo tipo di terapia è usato nel 22% dei casi esaminati.

Nella serie di domande specifiche sull'assistenza infermieristica, si vede che il personale infermieristico, pur non avendo materiale informativo soddisfacente a disposizione, fornisce informazioni di buon livello alle pazienti; ciò comunque deriva dal fatto che l'infermiere di oggi tende alla professionalità, tende a dar valore alla sua figura ed alla sua professione: cose fondamentali per una buona crescita dell'assistenza infermieristica.

Dai colloqui fatti col personale del day hospital, è emerso il fatto che, per fornire un'assistenza di qualità, di comune accordo tra loro, hanno deciso di documentarsi da soli, perché non c'è la possibilità di

effettuare dei corsi d'aggiornamento che trattino in modo specifico il rapporto infermiere-paziente senologica nel post dimissione.

Le pazienti senologiche, sia durante la degenza, che durante il periodo di terapia in day hospital dichiarano di aver chiesto più informazioni sia sul tipo di patologia, e quindi sulla sua gravità, sia sul ritorno a casa... argomento ancora tabù per la maggior parte del personale sanitario.

Altra domanda a cui non sempre il personale infermieristico è stato in grado di fornire delle spiegazioni soddisfacenti è il follow-up, e cioè: "cosa fare per tener sotto controllo la malattia?"

Ogni Unità Operativa ha un suo programma di controlli periodici, come ad esempio: la "breas unit", operativa nell'U.O. di senologia a Mestre; ciò comunque non giustifica le altre Unità Operative presenti nel territorio, dal non programmare, o programmare solo in parte i controlli periodici e le visite senologiche delle pazienti.

Questa tipologia di pazienti ha bisogno di esser seguita sotto tutti gli aspetti, e non solo per quanto riguarda il controllo del seno operato... non ci si deve mai dimenticare che, queste donne sono molto fragili dal punto di vista psicologico, e quindi: programmare alcune sedute con lo psicologo, ad intervalli regolari, può solo esser di aiuto alle pazienti, e non certo dannoso!

Visti i risultati ottenuti fino a questo momento, ritengo opportuno elencare le domande più frequenti fatte dalle pazienti al personale infermieristico:

Come posso programmare i controlli periodici?

Cosa devo fare per ottenere le protesi esterne?

Dove posso andare per avere la parrucca?

Chi mi può aiutare perché vivo sola e non ho grandi possibilità economiche?

Cosa devo fare per avere un supporto psicologico, per me e per la mia famiglia?

Chi mi può aiutare a gestire il braccio operato?

Mi hanno detto che devo fare della ginnastica per il braccio.. ma come?

Queste sono per l'appunto le domande più comuni che le donne a cui veniva somministrato il questionario mi porgevano, con negli occhi la speranza di poter ricevere almeno una piccola risposta... magari non completa, ma pur sempre un punto di riferimento da cui partire per ampliare la propria conoscenza in materia.

Quando le donne si trovavano di fronte a questa domanda, molto spesso rispondevano: "tante cose", con un velo di tristezza negli occhi, quasi a voler dire: "se avessi avuto prima la possibilità ed il coraggio di parlare...avrei chiesto tanto di più, ma ora è tardi, i giochi sono fatti".

Questa cosa mi ha lasciato una profonda tristezza nel cuore, perché mi sono resa pienamente conto di quanto duro sia dover sopportare una malattia del genere, che ti debilita nel fisico e nella mente, lasciando dentro di te un "vuoto", un senso di impotenza e di paura, per ciò che è successo e per ciò che succederà.

Dal canto mio, ero ben lieta di aiutare queste persone, dando loro le risposte che ero in grado di dare, pur non avendo ancora approfondito gli argomenti specifici.

Dopo aver attentamente trascritto ed analizzato i dati ottenuti, si è reso necessario effettuare alcune interviste al personale infermieristico per poter comprendere il reale motivo che stava alla base delle carenze di informazione rilevate.

Dalle interviste è emerso che il personale era predisposto all'apprendimento, ma il materiale in circolazione era insufficiente o poco divulgato per assicurare una corretta assistenza nel post-dimissione.

Dai dati raccolti si è quindi evidenziata la necessità di creare un supporto cartaceo che poteva esser facilmente consultato sia dalle pazienti, sia dal personale infermieristico.

Il modello di supporto scelto è quello di un libretto informativo in cui si spiega alle pazienti con termini d'uso comune: come affrontare la malattia, chi può fornire un valido supporto, cosa fare per contrastare

alcuni effetti collaterali dell'intervento e delle terapie, tenendo sempre conto che in primis si deve assumere la terapia prescritta dal medico, e come ottenere i presidi e l'assistenza prevista dalla legge alle pazienti senologiche.

L'assistenza infermieristica alle pazienti operate di tumore al seno, ha molti obiettivi da raggiungere, e spesso lo deve fare nel breve periodo di degenza nelle Unità Operative. Da qualche anno però si è fatto strada il ricovero in regime di "day hospital", ovvero: le pazienti entrano per fare la terapia, e poi tornano a casa... ciò ad un primo momento può sembrare inutile ai fini dell'educazione e dell'aiuto che l'infermiere può e deve fornire a queste donne. Ma, ad un esame più attento si vede che invece, il regime di day hospital è fondamentale per il percorso educativo nel post-dimissione, perché permette un contatto costante con la paziente, e quindi permette agli operatori sanitari di individuare precocemente dei potenziali fattori di rischio che, se non trattati, causano un disagio alla donna, e quindi diminuiscono notevolmente la sua qualità di vita.

L'obiettivo principale dell'assistenza infermieristica comunque resta sempre quello di fornire alle pazienti un livello di qualità di vita ottimale, sostenendole in tutte le tappe del percorso che permetterà loro di tornare a condurre una vita normale.

La maggior parte degli obiettivi che l'infermiere deve considerare e quindi raggiungere con le pazienti senologiche sono di natura educativa, come ad esempio:

Prevenzione del linfedema,
Cura del braccio,
Orientamento della donna nel percorso post-dimissione,
Assistenza psicologica pre e post dimissione.

Questi sono solo alcuni dei molti obiettivi che l'infermiere di senologia deve porsi, di comune accordo con la paziente, e se possibile devono essere realizzati entro il periodo di degenza, perché non è eticamente corretto lasciar uscire da un ambiente protetto come il reparto ospedaliero, una donna che all'improvviso si trova da sola a dover affrontare tutta una serie di problematiche a cui non era preparata, e che non è sempre in grado di affrontare.

Questi obiettivi, devono comunque essere approfonditi nel libretto/lettera di dimissione infermieristica, perché trattano argomenti molto cari alle donne che hanno subito un intervento al seno. Oltre a questo, nel libretto dovranno necessariamente trovar posto le associazioni di volontariato che operano sia nel territorio mestrino, sia in laguna... che diventano un punto di riferimento importante per queste pazienti.

L'a.v.a.p.o a Venezia è presente fin dal 1988 e conta molti volontari, sanitari e civili che svolgono le loro attività in quattro settori:

Settore dell'assistenza ospedaliera,
Settore dell'assistenza "day-hospital",
Settore dell'assistenza domiciliare,
Settore senologia.

L'associazione L.I.L.T. si occupa della lotta contro il cancro, attraverso campagne per la prevenzione con:

convegni,
conferenze,
pubblicazione di materiale educativo.

Oltre a ciò, organizza anche degli incontri, in particolare sulla prevenzione del tumore al seno e del melanoma, avvalendosi di medici specialisti del settore.

Attraverso il Gruppo Donna, composto da volontarie operate al seno e dalle infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana, fornisce attività di sostegno post-operatorio assicurando linfodrenaggio, presso terapia e ginnastica riabilitativa.

Il Gruppo Donna inoltre sovrintende alla distribuzione gratuita, da parte di donne già operate, delle protesi mammarie esterne, nonché delle parrucche, necessarie per le donne che fanno determinati tipi di chemioterapia.

Con 'ausilio di psicologhe, il Gruppo Donna inoltre interviene con servizio di assistenza psicologica nei confronti di pazienti oncologici, dei loro famigliari e di coloro in procinto di essere operati.

Oltre a tutto questo, il Gruppo Donna fornisce anche lezioni gratuite di ginnastica per la prevenzione del linfedema e per la riabilitazione motoria di tutto il corpo.

La L.I.L.T. inoltre fornisce anche un servizio ambulatoriale, sempre svolto da medici specialisti che mettono gratuitamente a disposizione dei pazienti le loro conoscenze. I vari ambulatori garantiti dalla L.I.L.T. sono:

ambulatorio di "prevenzione del melanoma",

ambulatorio di "prevenzione senologica",

ambulatorio di "terapia del dolore".

Il libretto/lettera di dimissione infermieristica

La struttura del libretto è di per sé molto semplice, e di chiara lettura... è stata pensata per chi non conosce i termini medici, ma vuole capire comunque la sua patologia.

Lo sfondo scelto per le pagine del libretto è stato scelto tra circa un centinaio di foto di donne; la scelta è stata fatta seguendo particolari criteri:

non deve essere riconoscibile il soggetto, per il rispetto della privacy,

non deve essere volgare o offensiva,

deve avere colori tenui, per non contrastare e quindi lasciar ben visibile il testo,

non deve turbare le pazienti, già psicologicamente fragili, e cioè non doveva

rappresentare una donna "perfetta", ma una donna vera.

Dopo un'attenta analisi delle foto acquistate e selezionate tramite internet, la scelta è caduta su di una foto in particolare, che rappresenta il busto di una donna giovane, ma che allo stesso tempo può rappresentare una donna di tutte le età; questa caratteristica le è stata conferita dal fatto che è sfumata, eterea...

Il libretto avrà come argomenti principali:

Introduzione, in cui si spiegherà com'è nato ed a cosa serve il libretto;

Lettera di dimissione Infermieristica, composta da una parte prestampata e da una parte che verrà scritta a mano dalle infermiere;

Il tumore al seno, ovvero cos'è, con distinzione di benigni e maligni;

Fattori di rischio: elenco dei fattori di rischio e loro incidenza sulla malattia;

Segni e Sintomi: segni e sintomi tipici del tumore al seno;

Curare il tumore: tecniche chirurgiche e mediche;

Cos'è il linfedema: come e quando avviene;

La ginnastica contro il linfedema: spiegazione illustrata degli esercizi per la prevenzione dell'edema del braccio;

Glossario: parole incomprensibili ai non "addetti ai lavori" rese comprensibili;

Autopalpazione del seno: tecnica illustrata di come fare l'autoesame del seno;

Domande e risposte: risposte alle più comuni domande che le donne fanno, o vorrebbero fare ma che non sono riuscite, o che non hanno avuto una risposta adeguata;

Alcuni consigli utili: consigli su come affrontare la vita post-intervento, e siti internet da poter consultare da casa;

Come ottenere le protesi: schema semplificato di cosa fare e quando per ottenere gratuitamente le protesi esterne;

Sede di Venezia: numeri di telefono ed indirizzi utili per le pazienti che sono seguite dal centro di oncologia di Venezia presso l'Ospedale Civile SS. Giovanni e Paolo;

Sede di Mestre: numeri di telefono ed indirizzi utili per le pazienti seguite dall'equipe della "Breast-Unit" presso l'Ospedale Civile Umberto I° di Mestre.

Associazioni di volontariato a Mestre: L.I.L.T. ed il "gruppo Donna", numeri di telefono, indirizzi e programma degli interventi svolti dall'associazione;

Associazioni di volontariato a Venezia: A.V.A.P.O. Venezia ed il lavoro dei suoi volontari, una realtà in crescita;

I miei appuntamenti: parte da compilare da parte della paziente, dove potrà annotarsi tutti gli appuntamenti ed i controlli da effettuare;

Il mio diario: pagine bianche a disposizione della paziente, da usare anche come promemoria per eventuali dubbi da chiarire durante i controlli o le sedute di terapia.

In conclusione...

La crescita ed il riconoscimento della professione infermieristica, non possono di certo avvenire solo tramite il lavoro "sul campo", ma devono essere aiutati anche da un lavoro di "educazione sanitaria" ai pazienti, che si attua soprattutto tramite del materiale come: opuscoli, libretti, volantini e quant'altro possa essere consultato dalla popolazione, sia esso specifico per una determinata patologia, o solo informativo.

A mio parere questo materiale deve essere creato anche dagli infermieri, in quanto dovranno esser loro poi ad esporlo ai pazienti che necessiteranno di una più approfondita "educazione sanitaria"; tenendo comunque conto dei limiti imposti dalla legislatura che regola la professione, e cercando sempre di non sconfinare in ambito medico.

La mia speranza, è che un giorno l'infermiere arrivi ad avere un riconoscimento ed una stima pari a quella data dalla gente a tutte le altre figure professionali presenti nella sanità, ma perché ciò avvenga si deve lavorare molto, ma soprattutto si deve credere in ciò che si fa e nella propria professione.

Elisa Lugato

CODICI BIANCHI

di Barbara Vangelista

PROGETTO REGIONALE CODICI BIANCHI: INDAGINE SUGLI ACCESSI IMPROPRI AL SERVIZIO DI P.S./SUEM DELL'ULSS 19 DI ADRIA

I "codici bianchi", ossia gli accessi impropri ai servizi di P.S., rappresentano un duplice problema per l'organizzazione sanitaria. Se da un lato causano l'affollamento delle sale d'attesa, con l'effetto di ritardare l'erogazione delle prestazioni a chi ne avrebbe maggior necessità, dall'altro provocano un'inutile dispersione delle risorse ed un aggravio della spesa sanitaria.

Un problema oggetto di studio da parte della Regione Veneto con il "Progetto codici bianchi", assegnato, nella sua fase attuativa, alle Aziende U.L.S.S. ed Ospedaliere, nel quale la mia tesi si inserisce con l'obiettivo di comprendere le caratteristiche del fenomeno.

Lo scopo è quello di cogliere ed evidenziare le motivazioni per cui gli utenti scelgono di rivolgersi al P.S. con una situazione di non urgenza, che potrebbe essere risolta dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta o dal medico di continuità assistenziale.

Il fenomeno è analizzato attraverso i questionari somministrati nell'arco di un semestre agli utenti che si sono rivolti al P.S. dell'Ospedale di Adria, classificati al triage con "codice bianco".

INTRODUZIONE

L'ultimo periodo del mio tirocinio si è svolto presso il Servizio di Pronto Soccorso inserito nell'area dipartimentale dell'Azienda ULSS 19 di Adria, dove ho conosciuto persone gentili, sempre pronte ad aiutare noi studenti con molta pazienza anche nelle situazioni d'emergenza, che mi davano fiducia, e con le quali era un piacere lavorare.

In questo periodo ho potuto osservare come il Pronto Soccorso sia divenuto per i cittadini un punto di riferimento per qualsiasi problema di carattere sanitario (spesso anche non urgente) o sociale, risolvibile in tempi brevi anche presso le altre strutture presenti sul territorio. Ho notato, inoltre, come gli accessi impropri influiscano pesantemente sull'attività del servizio, aumentando i tempi di attesa medi, e condizionando una più corretta distribuzione delle risorse umane, strutturali ed economiche.

Di fronte ad una situazione di sovraffollamento si pongono quindi in rilievo due problemi:

l'aumento dei tempi di attesa da parte dell'utenza;

il rischio di ritardo per quei pazienti che necessitano tempestivamente di cure sanitarie (vere urgenze).

Questa sovrabbondanza di accessi ha reso necessario la creazione di un sistema di "filtro" (triage), affidato per la gestione al personale infermieristico.

L'accoglimento dell'utenza che si rivolge al P.S. secondo un sistema di triage, può contribuire a contenere il sovraffollamento, fenomeno che richiederebbe invece, per una soluzione radicale, interventi sul versante dell'educazione della popolazione all'uso corretto dei servizi sanitari.

Il sistema di triage, attraverso l'attribuzione di un codice-colore, consente la stratificazione degli utenti del P.S. a favore di chi è più grave, offrendo così maggiori garanzie di efficienza ed una riduzione dei rischi derivanti dai ritardi degli interventi nei casi più gravi.

La Regione Veneto, dopo aver rilevato come sia pressante la richiesta di servizi sanitari da parte di pazienti che potrebbero rivolgersi ad altre strutture sanitarie, ha assegnato alle Aziende U.L.S.S. la realizzazione del "Progetto codici bianchi".

Con questo progetto regionale, e quindi con la mia tesi, si vuole capire:

quali sono le motivazioni che portano i pazienti ad aggirare le strutture territoriali; verificare se la situazione è generalizzata nell'intero territorio regionale o si verifica in alcune zone limitate;

fare in modo che il P.S. diventi il punto di arrivo più appropriato nel percorso che un paziente dovrebbe seguire nella richiesta di prestazioni sanitarie.

Lo strumento utilizzato per capire tali motivazioni è stato un questionario anonimo (vedi Allegato 1), somministrato da gennaio a luglio 2007 alle persone che accedevano al P.S. e classificate al triage con "codice bianco".

La successiva analisi di questi questionari potrà fornire utili elementi per poter intervenire e fare in modo che il carico di lavoro del P.S. sia adeguato alle funzioni per le quali è istituito. Gestire, cioè, le vere urgenze ed emergenze senza che l'attività sia condizionata, e a volte ostacolata, dalle non urgenze.

Nel primo capitolo si è ritenuta opportuna affrontare una sintetica disserzione sul triage infermieristico intraospedaliero, sugli obiettivi e sui codici-colore di accesso.

Nel secondo capitolo sono invece descritte le caratteristiche e le competenze dell'infermiere di triage, nonché gli aspetti medico-legali di questa particolare competenza professionale.

Nel terzo, infine, sono analizzati il problema degli accessi impropri e le conseguenze che ne derivano, con una descrizione dei materiali e i metodi utilizzati per studiare il fenomeno ed i risultati dell'indagine.

DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

3.1 Descrizione del problema e rilevanza per l'assistenza

Il Pronto Soccorso è divenuto punto di riferimento per i cittadini per qualsiasi problema di carattere sanitario (spesso non urgente) o sociale. Necessità spesso risolvibili in tempi brevi presso le altre strutture sanitarie presenti sul territorio.

Gli studi statistici hanno registrato negli ultimi anni in tutti i paesi industrializzati e ad alto tasso di urbanizzazione un incremento progressivo del numero di pazienti che si rivolgono al P.S. per ottenere una risposta sanitaria, nonché un'incidenza sempre maggiore dei casi non urgenti.

Un contributo non indifferente all'uso improprio del P.S. viene da un clima sociale di allarme e di patofobia, alimentato dalle informazioni a volte devianti fornite dai media su fatti epidemici, eventi morbosi eccezionali e da una certa enfasi riguardo a tutte le questioni riguardanti la salute. Non è infrequente osservare persone giovani e in buone condizioni generali reduci da ore di attesa in P.S. per banali sintomi cutanei, sindromi algiche articolari o comuni stati febbrili da raffreddamento.

Di fronte ad una situazione di sovraffollamento si pongono due problemi: il lievitare del tempo di attesa da parte dell'utenza e il rischio di ritardo per quei pazienti che necessitano tempestivamente di cure sanitarie (vere urgenze), non garantendo quindi una corretta distribuzione delle risorse umane, strutturali ed economiche.

Inoltre, l'elevato afflusso di utenti non coinvolge solamente il Dipartimento di Emergenza ed Accettazione, ma influenza bensì l'attività di varie altre unità operative, a cominciare dal laboratorio analisi e dalla radiologia, ai reparti dove si effettuano le consulenze specialistiche, innesca il ricorso inappropriato alla diagnostica di laboratorio e per immagini, mentre la difficoltà nell'espletamento delle attività di osservazione e/o stabilizzazione di pazienti critici può comportare il rischio di una maggiore propensione al ricovero, senza una corretta ed adeguata valutazione del paziente.

Il ricorso così elevato al P.S. si traduce, dal punto di vista degli operatori, in una relativa insufficienza degli spazi necessari ad uno svolgimento ordinato delle attività, dal punto di vista degli operatori e in una perdita delle condizioni di comfort alberghiero e di privacy per i pazienti.

Se gli accessi al P.S. continuano ad aumentare le risorse umane per poterli affrontare restano sempre le stesse: un caposala dal lunedì al venerdì, tre infermieri turnisti tutta la settimana ed un infermiere giornaliero dal lunedì al sabato. Il personale infermieristico alterna i turni con mansioni di triage, di prima uscita e seconda uscita in ambulanza, mentre quello giornaliero si occupa principalmente dei pazienti in astanteria e di eseguire le medicazioni programmate.

I medici sono sempre due nell'arco delle 24 ore.

3.2 Scopo dello studio

Con la mia tesi mi sono inserita nel progetto regionale “codici bianchi”.

L’obiettivo generale è ridare ai P.S. la funzione per la quale esistono, rappresentare cioè l’anello più appropriato della catena nel percorso che ogni utente dovrebbe seguire.

Gli obiettivi specifici sono:

1. verificare quali sono le motivazioni che portano i pazienti a oltrepassare le strutture territoriali;
2. verificare se esistono motivazioni varie di tipo logistico, di lontananza del cittadino dall’ambulatorio del medico, orari di apertura degli ambulatori od altro ancora.

Coinvolgendo tutte le Aziende Ulss ed Ospedaliere del Veneto, il progetto ha come scopo quello di verificare se la situazione è generalizzata o diffusa solo in certe zone e di mettere a punto strategie per fare in modo che l’utenza abbia ben chiaro il concetto di urgenza ed emergenza e sappi scegliere in ogni situazione il percorso più adeguato da seguire.

3.3 Materiali e metodi

Il fenomeno è stato studiato distribuendo un questionario da compilare ai pazienti classificati come codici bianchi dagli infermieri di triage.

Il questionario è stato distribuito indipendentemente dall’età, sesso, titolo di studio, provenienza ecc...

Il campione da me analizzato consiste in 140 questionari compilati nel periodo che va da gennaio a luglio di quest’anno.

Al paziente non viene richiesto di inserire nel questionario dati personali quali nome, età o altro, però l’infermiere vi deve inserire il numero di verbale di accettazione.

Inserendo tale numero nel computer del P.S. si risale al paziente, ai suoi dati e alla causa per cui vi si è recato.

3.4 Risultati

Riflettendo sul problema degli accessi impropri, si può ipotizzare che il ricorso inadeguato al Pronto Soccorso nasca principalmente dal fatto che spesso l’utenza è disinformata riguardo alle alternative esistenti, istituite appositamente per disciplinare ed agevolare l’accesso ai servizi sanitari. Spesso inoltre gli utenti considerano il P.S. come la prima struttura dove rivolgersi, con la speranza di ricevere risposte efficaci e in tempi rapidi.

Questo è confermato dagli stessi intervistati che alla prima domanda del questionario: “Prima di venire in Pronto Soccorso mi sono rivolto al mio medico curante?” rispondono per il 71% di no.

Il motivo principale per il quale l’utenza si rivolge al P.S. è per il 32% perché non è orario di ambulatorio del proprio medico. Questo fa pensare che l’utenza non abbia ben chiaro l’esistenza di altri metodi per accedere a cure non urgenti.

Il 18% afferma di essersi recato in P.S. per convinzione personale che il proprio medico non abbia in ambulatorio la strumentazione idonea per risolvere il problema.

Anche altre motivazioni sono però addotte con una certa frequenza: il 15% risponde perché l’orario di apertura dell’ambulatorio del proprio medico non è compatibile con gli impegni di lavoro o altro. Questo è un’ulteriore conferma all’ipotesi precedente: infatti se il problema del paziente fosse questo, anziché al P.S. potrebbe rivolgersi ad altre strutture deputate ad erogare assistenza sanitaria, quale il servizio di continuità assistenziale.

Il 12% risponde perché l’attesa nell’ambulatorio del proprio medico è troppo lunga, e la stessa percentuale perché non è riuscita a contattare il proprio medico.

Solo il 7% risponde che pur essendo orario di aperta dell’ambulatorio del proprio medico lo stesso non è presente.

Una percentuale ancora minore, il 4% dice essersi recato in P.S. perché l’ambulatorio del proprio medico è troppo lontano.

Nell’ultimo punto del questionario dove si chiedeva all’utente di indicare altre possibili motivazioni, ne sono state indicate svariate: una frattura, perché non residente, perché è giorno festivo, per scavalcare

le liste di attesa per visite specialistiche, perché turista, perché il dolore persiste anche dopo gli accertamenti dal medico di base, perché in P.S. non si paga, perché clandestino. Qualche altro invece è stato inviato direttamente dal medico di base, altri per convinzione personale di avere necessità di accertamenti più approfonditi di quelli ritenuti possibili presso il proprio medico, alcuni rispondono che non sapevano come fare. Altri, infine, rispondono di disporre di poco tempo.



Assistenza infermieristica in Rsa, 2004

EMERGENZA NBCR

di Filippo Muscolino

“ LE PROBLEMATICHE NEL TERRITORIO DEL VENETO E L'INDIVIDUAZIONE DI UNA REALE EMERGENZA NBCR. REALIZZAZIONE DI UN DISPATCH PER LA CENTRALE OPERATIVA 118 E IL TRIAGE IN PRONTO-SOCCORSO”

Abstract:

Questa tesi mette in evidenza la reale situazione di rischio chimico, convenzionale e non, nel territorio del Veneto, e di conseguenza l'importanza di creare una strategia di identificazione e risoluzione di una potenziale emergenza. Si è così voluto creare uno strumento (dispatch) che permetta un rapido riconoscimento dell'emergenza chimica e un' uniformità dei comportamenti nella sua gestione.

Per poter fare tutto questo è stato necessario dare la definizione di NBCR, analizzare gli eventi storici, sviluppando le principali sostanze chimiche usate a scopo bellico e i maggiori incidenti di tipo industriale degli ultimi trent'anni, e descrivere il territorio e i “ punti sensibili” della Provincia di Venezia. Si è inoltre rappresentato un ipotetico evento d'emergenza chimica, sia in ambiente extraospedaliero che in ambiente intraospedaliero, con la descrizione del triage del paziente intossicato.

Attraverso il lavoro da me svolto e dall'analisi delle problematiche riguardanti l'emergenza chimica, risalta l'importanza cruciale di alcuni fattori, primo tra tutti il fattore tempo, influenzato dalle comunicazioni tra gli operatori e dalla standardizzazione delle procedure. Affinché tutto questo possa svolgersi con rapidità e sicurezza, la formazione degli operatori è determinante.

La tesi (come accennato poccanzi) si sviluppa su tre livelli, il primo tratta una rapida introduzione all'NBCR (emergenze a carattere nucleare, batteriologico, chimico radiologico) vista la vastità degli argomenti ho scelto di approfondire solo l'aspetto delle emergenze chimiche.

Per poi passare all'evoluzione delle armi chimiche di distruzione di massa partendo dal V° secolo a.C. durante la guerra del Peloponneso fino a giungere ai giorni nostri con la II° Guerra Mondiale e la guerra del Vietnam.

Il secondo livello mira ad individuare le principali armi chimiche di distruzione di massa divise per categorie quali:” agenti nervini, agenti vescicanti, agenti chimici antisommossa, agenti asfissianti sistemici. e naturalmente ad un' analisi accurata di ogni singolo tossico e i relativi segni e sintomi per poi giungere al trattamento antidotico d'emergenza.

Il terzo e ultimo livello mira ad identificare quali sono gli obiettivi sensibili principali stanziati nel veneto (ovvero tutti quelli obiettivi che sia per l'alto transito di persone sia per il materiali in esso stoccati vi può essere un incidente di tipo chimico) alcuni di questi obiettivi sono: l'aeroporto Marco Polo, terzo aeroporto italiano per transito di persone ed aerei, la tangenziale di Mestre, dove ogni giorno passano milioni di camion di cui 800 si presume siano trasportanti materiali tossico/nocivi, il Porto di Venezia e la stazione ferroviaria, ma il rischio principale rimane sempre il Polo Chimico Industriale di Porto Marghera all'interno del quale si producono fibre tessili e sintetiche partendo dalla lavorazione di sostanze chimiche tossiche, a titolo d'esempio attenendomi a recenti dati ARPAV ritengo doveroso fornire alcune informazioni sia su quali sono i vettori di maggior utilizzo per il transito delle sostanze tossiche in ingresso e in uscita da Venezia sia la loro qualità e tipologia.

Per quanto riguarda la modalità d'ingresso a Venezia il vettore più usato e quindi dove si celerà il rischio maggiore è ricoperto dalla nave al 72%, mentre viceversa per quanto concerne il trasporto di materiali tossici in uscita da Venezia i vettori più usati sono: la via condotta al 44% e la via stradale al 39%

Non bisogna dimenticare che il rischio principale però è dato dal Polo Chimico Industriale di Porto Marghera nel quale vengono stipate numerose sostanze chimiche alcune di esse molto tossiche come ad esempio quelle riportate sulla tabella che segue (tratta dal 59° congresso SIARTI Bari 2005).

SOSTANZE
TONELLATE
Acido Fluoridrico
1294
Acrilonitrile
13783
Anidride Aseniosa
12
Anidride Solforosa
209
Cloro
544
Cvm
4420
Esano
154
Fosgene
15
Gpl
4124
Benzina + Gpl
309741
Ossigeno
1181
Petrolio grezzo
578434

Infine ho individuato quali sono i compiti principali degli infermieri siano essi operanti nella Centrale Operativa (e quindi tutta la gestione dall'attivazione al riconoscimento dell'emergenza e quindi all'invio di mezzi e uomini adeguatamente equipaggiati) o nel territorio/pronto soccorso e quindi tutto l'iter del triage (intra ed extra ospedaliero) della decontaminazione e presa in carica del paziente.

Posso concludere dicendo che dall'analisi delle problematiche riguardanti l'emergenza chimica emerge l'importanza cruciale di alcuni fattori, il primo dei quali viene denominato "GOLD HOUR", che si intende la maggior rapidità (da parte della centrale operativa 118) a capire il "problema" e permetterà di inviare in tempi brevi i mezzi ed il personale più idoneo per quel tipo di emergenza, questo potrebbe influire significativamente sulla prognosi degli intossicati.

Altrettanto importanti sono la comunicazione e la standardizzazione delle procedure, l'assenza di una delle due o di entrambe può determinare il caos.

In particolare è importante saper "chi fa che cosa" ovvero sapere quali siano i propri compiti.

Fattore cruciale è il continuo addestramento con il nucleo NBCR dei Vigili del Fuoco in modo da consolidare ed unificare procedure ed interventi.

Si ritiene opportuno sottolineare che il nucleo NBCR del SUEM di Mestre è l'unico a livello Nazionale ad operare (previa abilitazione) in area gialla affiancando i Vigili del Fuoco. A rinforzare questa collaborazione iniziata qualche anno fa, il 29 novembre 2007, la Centrale Operativa del SUEM verrà trasferita all'interno della Centrale Operativa del 115, in modo da creare un unico polo centrale d'emergenza. Vista la delicatezza di questi interventi ci si auspica che altre realtà in ambito Nazionale possano iniziare questa collaborazione con i Vigili del Fuoco affinché si crei un miglioramento all'approccio dei soccorsi nel teatro operativo.

IL BAMBINO ASMATICO

di Elisa Naccari

TITOLO TESI:

La gestione infermieristica del bambino asmatico: tecniche e presidi utilizzati per la terapia inalatoria

DEFINIZIONE: L'asma è una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree in cui hanno un ruolo molte cellule ed elementi cellulari. E' una delle malattie croniche più diffuse nel mondo, con una prevalenza sempre maggiore soprattutto nei bambini ed ha subito un notevole incremento negli ultimi venti anni. L'infiammazione cronica determina un aumento della reattività bronchiale, che porta ad episodi ricorrenti di respiro sibilante, dispnea, costrizione del torace e tosse, specialmente di notte o nelle prime ore del mattino.

I comuni fattori di rischio sono: Allergeni degli ambienti domestici: acari, pelo di animali, scarafaggi, miceti; Allergeni degli ambienti esterni: pollini e miceti, altri animali. Altri fattori: fumo di tabacco, infezioni virali a carico delle vie respiratorie, esercizio fisico, intense emozioni, irritanti chimici, farmaci e obesità.

TRATTAMENTO: L'aerosolterapia è considerata la metodica di trattamento d'elezione nelle patologie respiratorie bronchiali, con particolare riferimento alla patologia asmatica acuta e cronica. E' una pratica antica già nel 56' furono utilizzati i primi aerosol e tuttora rimangono uno dei metodi più pratici ed economici per erogare farmaci. Affinché possano raggiungere efficacemente il polmone, sono stati pertanto sviluppati numerosi apparecchi in grado di erogare farmaci sotto forma di aerosol, ognuno dei quali dotato di particolari caratteristiche tecniche: pMDI; DPIs.

L'uso di un distanziatore o camera di espansione con gli inalatori predosati pressurizzati migliora l'erogazione di farmaco, riduce l'assorbimento sistemico e gli effetti collaterali dei farmaci somministrati per via inalatoria.

PROBLEMA: Gli infermieri non conoscono e non gestiscono correttamente i presidi (distanziatori) in uso per questa patologia e/o non vengono eseguiti i risciacqui con acqua dopo inalazione del farmaco; nelle unità operative non è presente una procedura infermieristica dipartimentale per la somministrazione di terapia per via inalatoria per uniformare le modalità e per poter utilizzare in modo più corretto gli strumenti; I pazienti non sono in grado di gestire correttamente e autonomamente l'aerosolterapia infatti alcuni problemi che i pazienti incontrano sono: problemi di erogazione/inalazione; oppure l'inspirazione viene interrotta per "effetto freon" oppure il paziente non trattiene il respiro alla fine dell'inspirazione.

Le Cause individuate sono: Inadeguata educazione terapeutica del paziente, Scarsa motivazione e scarsa disponibilità del personale e del paziente, Disomogeneità nelle modalità di addestramento, Cattiva abitudine del personale, Carenza di tempo, Mancanza di strumenti didattici e strumenti innovativi
Lacune del personale, Mancanza di una procedura per uniformare il personale, Mancanza di programmi di aggiornamento.

Di conseguenza comporta: Scorretta modalità di assunzione del farmaco, Inefficace utilizzo dei presidi, Dispersione dei costi, Frustrazione del personale consapevole delle proprie lacune, Aumento del nume-

ro di accessi al Pronto Soccorso

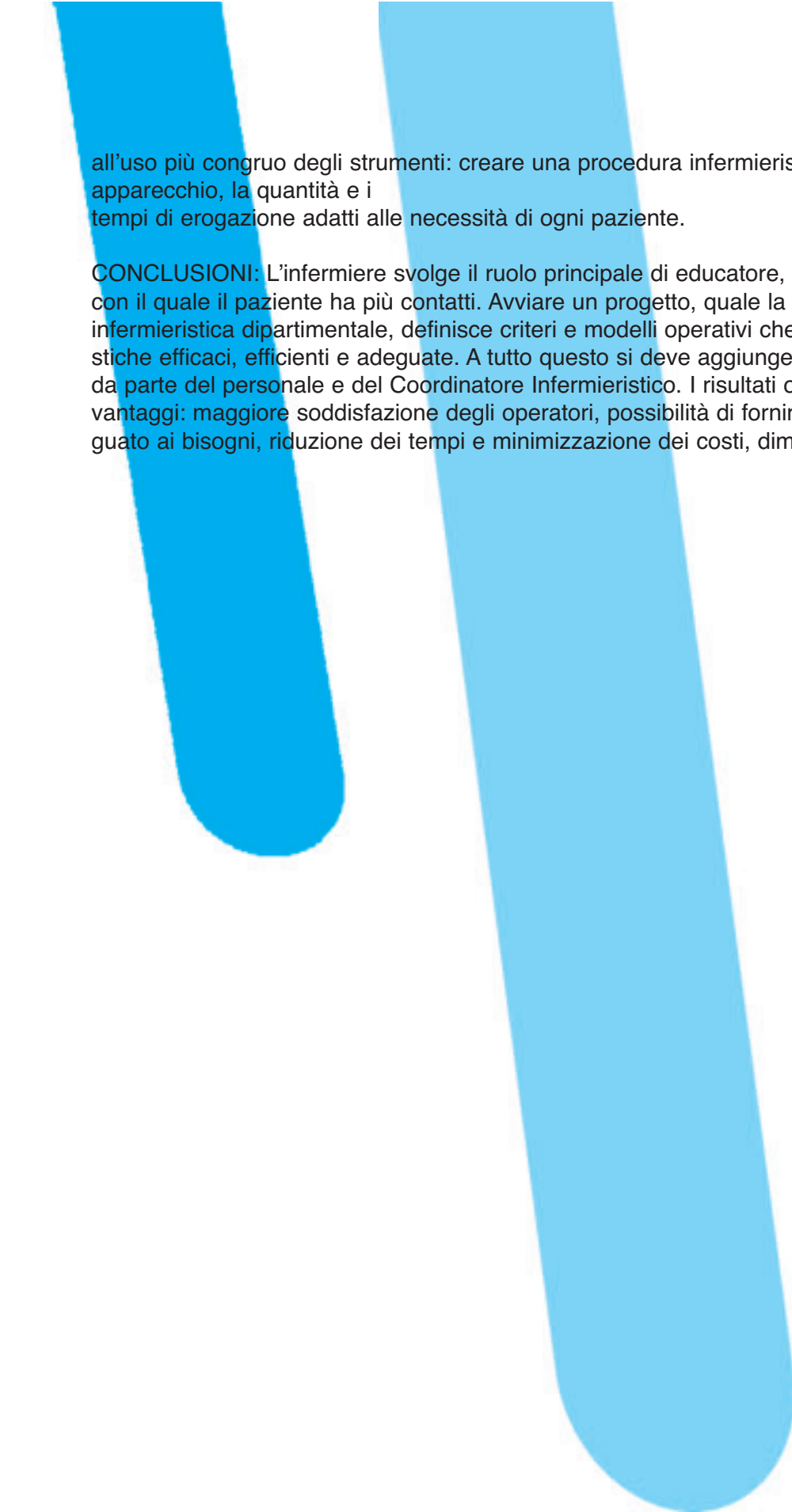
DISEGNO DELLO STUDIO: Per individuare il problema ho cercato di svolgere, seppur in maniera limitata, una ricerca sulla popolazione del Dipartimento di Pediatria -Azienda Ospedaliera di Padova, in particolare su alcuni infermieri di entrambi i sessi, che lavorano presso Pronto Soccorso pediatrico/Pediatria d'Urgenza, Poliambulatorio pediatrico e Pediatria Generale Elettiva (2° piano). La ricerca riguardava le modalità d'utilizzo della terapia inalatoria nei bambini affetti da problemi respiratori. Scopo: verificare se vi sia una corretta gestione da parte degli infermieri, rilevare problemi, difficoltà, di analizzare la preparazione a livello teorico del personale costituendo comunque un punto di partenza di alcuni operatori per considerare il bisogno di perfezionare le proprie conoscenze e abilità.

RISULTATI DEL QUESTIONARIO: Dai risultati ottenuti dal questionario la maggior parte degli infermieri lavora da più di cinque anni, riferisce che nel loro carrello delle emergenze sono presenti gli pMDI; viene utilizzato poco il distanziatore o comunque viene usato meno di una volta al mese, saprebbero dare in modo parziale le indicazioni (educazione del bambino/genitori) d'uso dello spray con distanziatore per ottenere la massima efficacia del farmaco erogato, sanno che la mascherina va sempre tenuta bene aderente al volto, quasi tutti gli infermieri sanno che in età pediatrica il pMDI va sempre utilizzato con il distanziatore perché il bambino non riesce a coordinare bene erogazione-inalazione. Non tutti gli infermieri sanno che per prevenire gli effetti collaterali legati all'utilizzo di steroidi per via inalatoria bisogna risciacquare la bocca con acqua dopo inalazione, non tutti conoscono a quanto deve essere regolato il flussimetro di aria compressa o ossigeno perché il nebulizzatore possa produrre un aerosol efficace, non tutti sanno che non è opportuno proporre al bambino quando piange durante l'aerosol una caramella, il succhiotto passatempo e fare aerosol senza maschera.

COMMENTO DEI RISULTATI: i Risultati ottenuti dal questionario, sebbene in maniera limitata, e l'analisi del problema evidenziano che gli infermieri non sono completamente in grado di gestire correttamente l'aerosolterapia, gli infermieri non utilizzano correttamente i presidi (distanziatori), che devono essere utilizzati con gli pMDI. Emerge la mancanza di una procedura infermieristica per la somministrazione di terapia per via inalatoria, necessaria per uniformare le conoscenze del personale, le modalità operative sull'educazione del paziente e per migliorare l'approccio alla pratica inalatoria. Una scorretta gestione costituisce una ridotta efficacia clinica e quindi persistenza di riacutizzazioni, dimissioni posticipate, aumento dei giorni di ricovero, maggiori prestazioni da eseguire e minor numero di posti letto disponibili, di conseguenza si ha un impatto sociale ed economico. Dal punto di vista finanziario si hanno ripercussioni economiche per uno scorretto utilizzo della terapia e frustrazione del personale consapevole delle proprie lacune e quindi richieste di ferie da parte del personale.

PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO: Migliorare e/o rafforzare la conoscenza e la competenza dell'infermiere per far gestire correttamente e autonomamente l'aerosolterapia attraverso la realizzazione di una procedura infermieristica dipartimentale per la somministrazione di terapia per via inalatoria; Educazione del bambino asmatico attraverso un programma educativo che riguardi: le caratteristiche principali della malattia asma; il corretto uso dei farmaci, e dei distanziatori; il corretto e tempestivo uso dei farmaci "al bisogno"; il monitoraggio dei sintomi, della funzionalità respiratoria, il riconoscimento tempestivo dei segni di peggioramento; le strategie di controllo ambientale e di eliminazione dei fattori di rischio.

AZIONI MIRATE: Intervento finalizzato alla comunicazione: attraverso una buona comunicazione si cerca di stabilire un rapporto basato sulla fiducia e si favoriscono maggiore disponibilità, relazione e minori incomprensioni e ansia. Intervento finalizzato alla compliance: cercare di allestire un ambulatorio per l'educazione del bambino e dei genitori, in modo divertente per farlo coinvolgere. Una volta riportate tutte le necessarie informazioni, saranno verificate attraverso simulazioni dell'esecuzione della terapia, in modo da rivedere il corretto utilizzo. Intervento finalizzato alla formazione del personale: si ha lo scopo di aggiornare e formare il personale attraverso un corso di aggiornamento. Intervento finalizzato



all'uso più congruo degli strumenti: creare una procedura infermieristica in modo da stabilire il tipo di apparecchio, la quantità e i tempi di erogazione adatti alle necessità di ogni paziente.

CONCLUSIONI: L'infermiere svolge il ruolo principale di educatore, essendo il professionista sanitario con il quale il paziente ha più contatti. Avviare un progetto, quale la realizzazione di una procedura infermieristica dipartimentale, definisce criteri e modelli operativi che assicurano prestazioni infermieristiche efficaci, efficienti e adeguate. A tutto questo si deve aggiungere la buona motivazione e volontà da parte del personale e del Coordinatore Infermieristico. I risultati ottenuti presenterebbero numerosi vantaggi: maggiore soddisfazione degli operatori, possibilità di fornire un livello di cura/assistenza adeguato ai bisogni, riduzione dei tempi e minimizzazione dei costi, diminuzione del carico di lavoro.

DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

di Carmelina Reppuccia

Titolo: documentazione infermieristica

" La Qualità della documentazione infermieristica valutazione di un'esperienza di raccolta dati"

Abstract

Questa tesi rappresenta una piccola indagine sulla documentazione infermieristica, esaminando in particolare l'accertamento infermieristico, ovvero la raccolta dati che l'infermiere effettua all'ingresso del paziente.

La cartella infermieristica, quale espressione centrale della documentazione infermieristica clinica, è un elemento importante del sistema informativo sanitario.

Gli strumenti informativi richiedono un'efficace gestione e dovrebbero essere completi, relativamente semplici nella loro costruzione e di facile utilizzo.

Si può affermare che la cartella infermieristica è lo strumento che permette di registrare, pianificare, valutare, documentare e comunicare l'assistenza e, di non minore importanza, sviluppare la ricerca implementando un'assistenza volta al miglioramento qualitativo delle cure.

L'accertamento infermieristico mira ad individuare le risposte del paziente alla malattia, ossia la sua peculiare espressione, i problemi, i cambiamenti nella vita della persona e di chi gli sta accanto determinati dal problema di salute, le risorse presenti e attivabili, a differenza dell'anamnesi del medico, che si focalizza sul processo morboso e la diagnosi di una determinata patologia.

La competenza dell'infermiere consiste nell'ascoltare in modo attivo significa prestare attenzione ai messaggi verbali e non verbali del paziente, ascoltare i suoi sentimenti, esprimere accettazione, rispetto e fiducia.

Si propongono alcune considerazioni riguardo al significato e all'utilità degli strumenti utilizzati, talvolta non aggiornati allo sviluppo professionale, sia in termini di formazione che di preparazione specifica delle equipe di lavoro.

Obbiettivo

Obbiettivo dello studio è quello di descrivere la quantità e la qualità della raccolta dati dell'accertamento, valutando la conformità ai criteri di una buona documentazione.

L'obbiettivo non è rivolto a valutare la qualità delle prestazioni infermieristiche bensì a verificare la compilazione della documentazione utilizzata per l'assistenza, permettendo una valutazione degli strumenti in uso e dei loro contenuti.

Metodi e strumenti

Lo studio, di tipo osservazionale, è stato effettuato con finalità descrittiva ed analitica.

Una prima fase dello studio è stata dedicata a comprendere la tipologia di scheda infermieristica, ossia il campione dello studio, e l'impatto della documentazione infermieristica a livello aziendale e di unità operativa.

E' stata poi effettuata un'analisi di documentazione infermieristica presente negli archivi clinici, quindi di tipologia retrospettiva.

Sono state analizzate novantadue schede di accertamento infermieristico chiuse, datate dal 1 gennaio 2007 al 31 gennaio 2007, provenienti dalla medicina I dell' ospedale Umberto I di Mestre.

Per la raccolta dati sono state create ad hoc due griglie, al fine di indagare in modo macroscopico il disegno a monte che determina la costituzione della cartella infermieristica e rilevare la qualità dei dati raccolti dalle schede infermieristiche di ingresso del paziente.

Risultati

Si conferma l'esistenza all' interno dell'azienda sanitaria di una documentazione infermieristica strutturata, in uso da parecchi anni. Non è presente un gruppo di revisione e miglioramento della qualità della documentazione infermieristica.

Nelle novantadue schede infermieristiche esaminate si evince come l'infermiere, nel documentare i dati, assegna priorità a dati obiettivi, fisiologici: la misurazione della pressione arteriosa è presente nell' 85,9 % dei casi, la temperatura è presente nel 77,2 %, l'eliminazione urinaria ed intestinale è presente nel 76 %. Mentre i dati relativi alla sfera psico-sociale, sono presenti con basse percentuali: l'annotazione del ciclo sonno-veglia è presente nel 57,6 %, lo stato emozionale è presente nel 63 %.

Conclusioni

Sembra non vi sia una chiara consapevolezza che alla base dell'attività infermieristica ci sia una teoria, in quanto si dà più valore all'attività pratica. E' un esempio la raccolta dati dell' accertamento, la quale rappresenta esclusivamente un insieme di dati fisiologici senza registrare il dato emotivo, utile nel "cucire addosso" al paziente la sua caratteristica di persona. La teoria è importante perchè dovrebbe guidare l'agire del professionista, indicando quali dati sono significativi e orientandolo nella selezione delle caratteristiche da osservare nel paziente, atte ad incrementare l' efficienza del lavoro di assistenza, in un'ottica globale.

Inoltre non vi è alcuna documentazione che possa garantire la corretta registrazione delle attività richieste da una pianificazione. Si percepiscono dei segnali nebulosi rispetto all' attuazione di un piano assistenziale, se si pensa che esso rappresenta una deliberata attività intellettuale per mezzo della quale si arriva all'attività infermieristica in maniera scientifica e sistematica; prevale la figura di un infermiere ancora molto legato ad un' assistenza di tipo esecutivo, sostitutiva rispetto ai bisogni assistenziali, atta a garantire prescrizioni mediche, non tendente a sviluppare competenza nell'organizzazione del processo di assistenza infermieristica: nella pianificazione e nella valutazione dell' assistenza.

Parole chiave: nursing, assessment, quality, collecting data, care plan.

Scheda infermieristica, valutazione, qualità, accertamento, processo di assistenza

L'AGGRESSIVITA' IN PSICHIATRIA

di Oksana Holyuk

L'obiettivo della mia tesi è quello di analizzare come gli infermieri gestiscono l'aggressività del paziente psichiatrico ricoverato in un Reparto Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.).

La mia attenzione in particolare è incentrata sugli atteggiamenti degli infermieri nella gestione dell'aggressività, sulle esperienze vissute, sulle emozioni e sentimenti che gli infermieri provano quando prestano assistenza a un paziente aggressivo.

Penso che questo sia un importante problema infermieristico nell'ambito del nursing psichiatrico. Infatti, i reparti che sono più esposti alla violenza dei pazienti sono proprio quelli psichiatrici (Agrimi E. & Spinogatti F., 2005). Inoltre ho notato che spesso la gestione del paziente violento avviene senza linee guida o protocolli, ma solo sulla base dell'esperienza degli infermieri o sulla base della "scuola di pensiero" della dirigenza medica dei servizi psichiatrici.

Per affrontare in maniera più approfondita e con un'ottica a largo spettro, il problema della gestione infermieristica del paziente psichiatrico aggressivo ho svolto un tipo di ricerca di carattere qualitativo, a mio parere più indicato per questo tipo di indagine (Cutcliffe, 2000).

Il focus group nell'infermieristica è una metodologia usata spesso per la revisione protocolli o mettere in luce aspetti chiave delle problematiche del lavoro infermieristico (LoBiondo-Wood & Haber, 2002).

La mia ricerca avuto inizio partecipando come osservatrice a dei focus group all'interno di un progetto formativo tenutosi in 3 S.P.D.C. del Veneto. Questi focus group avevano come scopo l'indagare sulle modalità di gestione e sui atteggiamenti che hanno gli infermieri nel prestare assistenza al paziente aggressivo.

I focus group erano composti da 7-10 infermieri di varie qualifiche ed anni di lavoro in servizio, in ogni caso personale appartenente ai servizi oggetto di indagine. L'anzianità media di lavoro in Salute Mentale era di 13 anni. Quindi possiamo parlare di infermieri esperti.

I focus group di ogni gruppo sono durati mediamente dall'ora e mezza alle due ore.

I dati ottenuti sono stati analizzati secondo un protocollo di content analysis (analisi dei contenuti).

Le interviste di ogni focus group sono state registrate, dopo di che sono state trascritte su carta integralmente.

L'analisi dei contenuti

Poi, leggendo più volte, alcune frasi, a mio parere significative, sono state estrapolate, successivamente ridotte a concetti chiave e ulteriormente ridotte a parole chiave, seguendo quindi un procedimento di analisi di contenuti.

Questo lavoro è stato fatto sulle domande principali di ogni focus group le quali erano:

1. Definizione dell'aggressività
2. Linee d'azione presenti in U.O.
3. Cosa si fa con il paziente aggressivo realmente
4. Metodi per evitare la contenzione.
5. Sentimenti provati.

Fase centrale dell'analisi dei contenuti è la distillazione attraverso l'analisi delle parole, frasi e così via in categorie di contenuti correlati. I dati dei Focus Group sono da analizzare sia a livello individuale che a livello di gruppo, considerando le interazioni tra individui e il gruppo, e il confronto tra i gruppi.

(LoBiondo-Wood & Haber, 2002)

L'analisi dei pareri di minoranza è importante.

Per l'analisi del contenuto di un Focus group viene indicata la seguente procedura: 1. Trascrivere le interviste dal nastro registrato.

Le interviste sono trascritte in pieno, parola per parola usando un programma di elaborazione testi. Campo e Morse (1985), prevedono le seguenti istruzioni per la trascrizione di una intervista registrata: le pause sono identificate nella trascrizione con trattini; tutte le esclamazioni, comprese risate e parolacce, sono incluse.

2. Preliminare introduzione dei dati Le interviste saranno lette diverse volte per ottenere un senso di tutto il testo. 3. Riduzione dei dati La riduzione è stata effettuata separatamente per ciascuna domanda. La riduzione sarà svolta dalla raccolta e sottolineando parole, frasi o idee rispondendo ad una domanda di ricerca.

4. Codificazione. Le frasi ridotte sono etichettate con una descrizione in base al contenuto, che può essere dedotto dalla caratteristica delle frasi.

I dati devono essere codificati separatamente per ogni domanda di ricerca. Utilizzare il numero minimo di persone per fare la codifica. La coerenza è maggiore se una persona fa tutto da sola. Tenere un registro di ogni decisione incerta e le ragioni per cui si è deciso che una particolare categoria si sia rivelata la più appropriata.

Risultati

Dai dati ottenuti dai Focus Group, emerge come sia difficile, anche emotivamente, la gestione del paziente psichiatrico aggressivo. Gli infermieri spesso non rappresentano una figura professionale che ostacola l'esposizione di dubbi e perplessità del paziente, come può essere a volte il medico psichiatra, con il quale spesso il paziente ha un rapporto meno confidenziale, ma un soggetto che facilita il processo espositivo di domande e bisogni di difficile e patologica espressione che spaziano dalla sintomatologia alla terapia.

La presenza dell'aggressività del paziente psichiatrico è un grave problema per il personale infermieristico dei reparti psichiatrici.

Le definizioni di aggressività date dagli intervistati si focalizzano soprattutto sul bisogno represso che sfocia in aggressività, e sulla aggressività come stato derivante da quadri psicopatologici.

Analizzando i contenuti possiamo vedere che è considerato importante lavorare in gruppo; è anche importante il sostegno da parte dei colleghi, però in tutto il processo della gestione del paziente aggressivo vediamo l'importanza della figura medica.

Dall'analisi dei dati noi vediamo che, nelle U.O. oggetto della nostra analisi, non ci sono linee guida o protocolli formali di gestione il paziente aggressivo. Alcuni infermieri affermano che sarebbero inutili, ma invece sarebbero utili quelle per valutare i prodromi dell'aggressività.

Dai dati raccolti si può vedere che la gestione del paziente dipende da tanti fattori: dal paziente in sé, dal fatto che questo può arrivare già sedato, dalla sua anamnesi, se è stato ricoverato per la prima volta o se è già conosciuto, dal tipo di turno presente, dall'esperienza del singolo infermiere e del turno, dall'atmosfera di reparto, dal medico di guardia presente.

Riguardo questo ultimo fattore, molti infermieri si lamentano che la loro pratica è influenzata o determinata dai diversi orientamenti, scuole di pensiero, degli psichiatri e che questo gli impedirebbe di avere una pratica comune.

Dalle interviste agli infermieri dei focus group, sembra che nelle strutture analizzate ci siano pochi metodi strutturati per evitare la contenzione, tante volte questo dipende dall'équipe multiprofessionale, cioè dal turno infermieristico e dal medico di guardia presente; comunque tutti gli infermieri dei tre focus group affermano che per contenere il paziente aggressivo c'è bisogno dell'ordine del medico, a meno che non ci sia una urgenza.

La contenzione sia fisica (holding) che con l'uso dei ausili meccanici o del camerino di isolamento, viene vista come spesso inevitabile in certe situazioni. Ma allo stesso tempo molti infermieri si sentono dispiaciuti, frustrati di farla e la ritengono "...come ultima risorsa" (Canosa, 2005). Viene vista come una pratica poco etica. Molti affermano che quando contengono un paziente, soprattutto se la contenzione è meccanica o si fa uso del camerino di isolamento, hanno la spiacevole sensazione di avergli tolto la libertà.

Dalle interviste degli infermieri che hanno partecipato ai focus group possiamo notare che il sentimento prevalente è la paura di subire violenza. Ma possiamo vedere anche che molti hanno paura di recare danno, di far male al paziente magari dopo aver perso il controllo. Ho notato che comunque in tutti gli infermieri intervistati c'è sempre il tentativo di comprendere le motivazioni dell'atto o intento aggressivo. Questo è a mio parere un ottimo punto di partenza per gestire il fenomeno violenza.

Riferimenti

Agrimi Emilia, Spinogatti Franco (2005) *Il sottile filo rosso, Violenza e malattia mentale*. Cic Edizione internazionale Roma.

Canosa R. (2005) *Lo Scandalo della Contenzione*. In: *Spdc aperti e senza contenzioni*. A cura di by Lorenzo Torresini. Collana dei fogli di informazione. Centro di Documentazione di Pistoia Editrice. Pistoia

Cutcliffe John R. (2000) "Mental health nurses and qualitative research methods: a mutual attraction?" *Journal of Advanced Nursing* 31(3), 590-598

Gerì LoBiondo-Wood, Judit Haber (2002) *Metodologia della ricerca infermieristica* Casa Editrice Mc Graw Hill Milano



Ambulanza, 118 Roma

FORMAZIONE A DISTANZA

di Luigino Schiavon

Formazione a distanza

Come accedere

- Collegarsi al sistema è semplice, basta avere un computer, una linea telefonica (non serve la banda larga o l'antenna satellitare) un collegamento a internet e una casella di posta elettronica. Entrando nel sito www.ipasvive.it troverete le finestre di SiCure e EccelInFad. Una volta entrati è sufficiente registrarsi e seguire le istruzioni. Si può accedere ai sistemi in qualunque momento della giornata (giorno e notte) e da qualunque computer. Entrambi i percorsi sono gratuiti.

Un corso Fad sulla sicurezza



SICUREZZA DEI PAZIENTI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Gli ultimi anni sono stati, per il panorama infermieristico, ricchi di cambiamenti che hanno mutato l'immagine e radicalmente innovato la responsabilità dei professionisti infermieri nei confronti del cittadino e della collettività.

La richiesta di prestazioni assistenziali di qualità e personalizzate è sempre più in aumento; si accresce pertanto anche il livello di competenza e responsabilità dell'infermiere nei confronti della persona assistita; i tempi esigono professionisti preparati, capaci di confrontarsi in équipe multidisciplinari e che sappiano dare garanzie sulle proprie azioni, in quanto consapevoli delle conseguenze che possono derivare dalle loro decisioni e dal modo di condurre gli interventi. In tale logica viene proposto questo percorso di formazione con metodologia FAD Blended, affinché ciascun infermiere – in qualunque settore ed area del Paese lavori – possa comprendere alla radice le origini del rischio clinico in tutte le sue sfaccettature, ne faccia proprie le modalità di prevenzione e di controllo, sviluppi la componente etica nella gestione del rischio, comprenda il valore della comunicazione e del coinvolgimento degli stakeholder, interiorizzi il significato di “rispondere di...”, nella consapevolezza che oggi la sicurezza in sanità è divenuto un bene prioritario e irrinunciabile, che coinvolge l'organizzazione, gli operatori e i cittadini. Questo progetto sulla Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico, con il Manuale per la forma-



zione degli operatori sanitari, vuole altresì aiutare gli infermieri ad utilizzare un approccio sistematico e concettuale per l'adozione nella prassi quotidiana di prestazioni infermieristiche più sicure e per tradurre operativamente metodi e strumenti di identificazione e prevenzione dei rischi, nonché per la segnalazione e la gestione degli eventi avversi.

L'auspicio della Federazione Ispasvi è di avere un infermiere portatore di cultura professionale atta a fornire un'assistenza infermieristica individualizzata e basata sulle evidenze scientifiche più recenti a tutti gli utenti/clienti, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche.



Destinatari: infermieri, Numero casi disponibili: 79 Accesso: gratuito Scadenza: 31 dicembre 2007 Modello: casi di pratica quotidiana

- | | | |
|---|--|--|
| Anziani (13) | co 2 | endoscopica percutanea 3 |
| Gestione del sonno nell'anziano | Disfagia | Prevenzione delle lesioni da decubito |
| Gestione della stitichezza | Disfagia 2 | Prevenzione delle lesioni da decubito 2 |
| Gestione della stitichezza 2 | Emodialisi con catetere venoso centrale: gestione dell'exit site | Prevenzione delle lesioni da decubito 3 |
| Gestione della stitichezza 3 | Gestione del catetere venoso centrale | Somministrazione dell'insulina |
| Idratazione in caso di demenza senile | Gestione del catetere venoso centrale 2 | Sondino nasogastrico |
| Idratazione in caso di febbre | Gestione del catetere venoso centrale 3 | Trattamento delle lesioni da decubito |
| Igiene orale dell'anziano | Gestione del catetere venoso periferico | Trattamento delle lesioni da decubito 2 |
| Prevenzione delle cadute | Gestione del catetere vescicale | Trattamento delle lesioni da decubito 3 |
| Prevenzione delle cadute 2 | Gestione del catetere vescicale 2 | Dialisi peritoneale 2 [prossimamente] |
| Prevenzione delle cadute 3 | Gestione del catetere vescicale 3 | Somministrazione dell'insulina 2 [prossimamente] |
| Uso della contenzione in casa di riposo | Gestione del paziente tracheostomizzato | Bambini (2) |
| Uso della contenzione in ospedale | Gestione della gastrostomia endoscopica percutanea | Coliche del lattante |
| Frattura dell'anca [prossimamente] | Gestione della gastrostomia endoscopica percutanea 2 | Gestione del bambino con febbre |
| Assistenza (28) | Gestione della gastrostomia | Dermatologia (1) |
| Aspirazione tracheo-bronchiale | | Dermatite atopica |
| Aspirazione tracheo-bronchiale 2 | | Educazione sanitaria (1) |
| Astenia nel paziente oncologico | | Pediculosi del capo |
| Astenia nel paziente oncologico | | |

Malattie croniche (3)
Prevenzione del piede diabetico
Trattamento del piede diabetico
Trattamento del piede diabetico 2
Microbiologia (1)
Emocoltura
Oncologia (2)
Gestione del paziente con mucosite
Stravasamento di farmaci antitumorali
Organizzazione (3)
Dimissioni ospedaliere
Dimissioni ospedaliere 2
Paziente in day surgery
Periodo post operatorio (5)
Detersione della ferita
Dolore post operatorio
Dolore post operatorio 2
Dolore post operatorio 3
Il delirio nell'anziano
Periodo pre operatorio (5)
Digiuno pre operatorio
Digiuno pre operatorio 2
Tricotomia
Uso delle calze a compressione graduata

Uso delle calze a compressione graduata 2
Prevenzione (7)
Allergia al lattice
Allergia al lattice 2
Prevenzione del rischio biologico
Prevenzione del rischio biologico 2
Prevenzione del rischio biologico 3
Prevenzione e gestione delle infezioni batteriche
Strategie per smettere di fumare
Salute della donna (1)
Igiene del capezzolo durante l'allattamento
Terapia (5)
Dialisi peritoneale
Scoperto cardiaco
Scoperto cardiaco 2
Scoperto cardiaco 3
Trombosi venosa profonda
Terapia del dolore (4)
Dolore cronico
Dolore cronico 2
Dolore cronico 3
Dolore di spalla nel soggetto emiplegico
Terapia intensiva (1)
Cura degli occhi

IPASVI



Collegio Provinciale di Venezia

Corsi di formazione per **INFERMIERI**

EVOLUZIONE DI UNA PROFESSIONE:

**l'Infermiere fra autonomia e
nuove responsabilità**

13 marzo 2008

Il convegno si tiene in occasione dell'Assemblea
annuale del Collegio IPASVI di Venezia

Orario: **9,00-13,00 / 15,00-18,00**

Iscritti IPASVI Venezia: **€ 20,84 + IVA 20% (tot. € 25,00)**

Codice corso: **AZI3608VE1303**

Posti disponibili: 150

Crediti ECM richiesti

LA GESTIONE DELLE EMERGENZE IN CASA PROTETTA E STRUTTURE SOCIO-SANITARIE PER ANZIANI

27 marzo 2008

Orario: **9,30-13,30 / 14,30-17,30**

Iscritti IPASVI Venezia: **€ 20,84 + IVA 20% (tot. € 25,00)**

Codice corso: **AZI3808VE2703**

Posti disponibili: 25 - Crediti ECM richiesti

NURSING ONCOLOGICO: aspetti clinico-assistenziali nel trattamento del cancro della mammella

8 maggio 2008

Orario: **9,30-13,30 / 14,30-17,30**

Iscritti IPASVI Venezia: **€ 20,84 + IVA 20% (tot. € 25,00)**

Codice corso: **AZI4008VE0805**

Posti disponibili: 25 - Crediti ECM richiesti



LE RESPONSABILITA' DEL COORDINATORE DELLE PROFESSIONI SANITARIE: aspetti organizzativi, clinici e giuridici

18-19 aprile 2008

Orario: **9,30-13,30 / 14,30-17,30**

Iscritti IPASVI Venezia: **€ 33,34 + IVA 20% (tot. € 40,00)**

Codice corso: **AZI3908VE1804**

Posti disponibili: 25 - Crediti ECM richiesti

NURSING ONCOLOGICO: aspetti clinico-assistenziali nel trattamento del cancro del polmone

29 maggio 2008

Orario: **9,30-13,30 / 14,30-17,30**

Iscritti IPASVI Venezia: **€ 20,84 + IVA 20% (tot. € 25,00)**

Codice corso: **AZI4108VE2905**

Posti disponibili: 25 - 8 Crediti ECM



SEDE CORSI

VENEZIA ZELARINO

Centro pastorale "Cardinale Urbani"
Via Visinoni 4/c

NURSING ONCOLOGICO: aspetti clinico-assistenziali nel trattamento del cancro del colon-retto

16 giugno 2008

Orario: **9,30-13,30 / 14,30-16,30**

Iscritti IPASVI Venezia: **€ 20,84 + IVA 20% (tot. € 25,00)**

Codice corso: **AZI4208VE1606**

Posti disponibili: 25 - 8 Crediti ECM



Provider Nazionale: 6118
Provider ECM Veneto: VEN-ORG 256
Provider ECM Province Autonome
di Trento e di Bolzano



Centro di Formazione
accreditato presso la
Regione EMILIA ROMAGNA



INFORMAZIONI e ISCRIZIONI

Contattare la Segreteria organizzativa **FORMAT**

Via XX settembre 30 - 44021 Codigoro (FE)

Tel. **0533 713 275**

Cellulare **329 3953346**

Fax **0533 717 314**

Email **info@formatsas.com**

Web **www.formatsas.com**



COLLEGIO IP.AS.VI. di Venezia
Piazzale Leonardo da Vinci 8/F Mestre

PROT. N. 85 del 11/01/08

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ANNUALE ORDINARIA DEGLI ISCRITTI

A norma dell'art. 23 del D.P.R. 05/04/1950 n.221, l'Assemblea Annuale degli iscritti al Collegio IP.AS.VI. di Venezia è indetta in prima convocazione il 12 marzo 2008 ore 23.00 e, se non viene raggiunto il numero legale, in seconda convocazione

Giovedì 13 marzo 2008 ore 14.00

presso il Centro Patriarcale Cardinal Urbani - Via Visinoni 4/C Zelarino Venezia.

Ordine del Giorno:

- Relazione del Presidente
- Relazione del Tesoriere
- Relazione del Collegio Revisori dei Conti
- Approvazione Conto Consuntivo 2007
- Approvazione Bilancio Preventivo 2008

A norma dell'art. 24 del DPR 05.04.1950 n. 221, l'iscritto potrà delegare un collega mediante l'uso dell'originale del modulo in calce .

Ogni iscritto non potrà essere portatore di più di due deleghe.

Il Presidente
Luigino Schiavon

Il Sottoscritto _____ delega il sig. _____

_____ a rappresentarlo all'Assemblea Ordinaria annuale del Collegio IPASVI di

Venezia del _____ .

Data : ___/___/_____

firma _____

N.B. Il Presente avviso ha la validità di convocazione a tutti gli effetti ai sensi dell'art. 23 del D.P.R. 05/04/1950 N. 221.

MODULO DI ISCRIZIONE

(* Campi obbligatori)

Si prega di scrivere in stampatello

Codice evento:

DATI CORSISTA

Cognome * _____ Nome* _____

Codice Fiscale* _____ M F

Nato/a a * _____ Prov* _____ il* _____

Indirizzo* _____

CAP* _____ Città* _____ Prov.* _____

Telefono/Cellulare* _____ Fax _____

e-mail _____ @ _____

Qualifica* (dato obbligatorio per svolgere le operazioni di segreteria)

Ente di appartenenza _____

Indirizzo lavorativo _____

CAP* _____ Città* _____ Prov.* _____

INTESTAZIONE FATTURA
(da compilare solo se diversa dal nominativo del corsista)

Partita IVA _____

Intestatario fattura _____

Indirizzo lavorativo _____

CAP* _____ Città* _____ Prov.* _____

Firma _____

I dati sopra riportati verranno trattati da FORMAT sas nel rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs 196/03, "Codice in materia di protezione dei dati personali".
Titolare del trattamento è FORMAT sas nella persona di Silvano Telloi, titolare della società.
Si richiede il CONSENSO per l'utilizzo dei dati ai fini di comunicazione all'interessato di altre iniziative scientifiche di FORMAT sas.
I dati non verranno diffusi a terzi se non per gli obblighi derivanti dal presente contratto e potrà essere chiesta in qualsiasi momento la modifica o la cancellazione.
Per ulteriori informazioni sulle modalità di raccolta e trattamento dei dati personali è possibile consultare l'Informativa generale sul sito web www.formatsas.com o richiederla a FORMAT sas - Via XX Settembre 30 - 44021 Codigoro (FE)
Tel. 0533-713275 - Cell. 329-3953346 - Fax 0533-717314 - Email info@formatsas.com

Firma _____

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Prima di procedere con l'iscrizione è necessario **contattare telefonicamente** la Segreteria organizzativa (Tel. **0533-713275**) per verificare la disponibilità dei posti.

L'iscrizione si intende accettata alla ricezione, via **FAX al n. 0533-717314**, del:

- **Modulo di iscrizione** debitamente compilata e firmata.
- **Ricevuta dell'avvenuto pagamento** o **autorizzazione scritta dell'ente di appartenenza.**

Il pagamento può essere effettuato, indicando **come causale** NOME, COGNOME e CODICE EVENTO:

- **Tramite Bollettino Postale o Postagiro** intestato a FORMAT sas - Via B. Buozzi 7/b - Codigoro (FE)
CCP n° 56528466
COD. IBAN: **IT4810760113000000056528466**

- **Tramite Bonifico Bancario** intestato a FORMAT sas - Via B. Buozzi 7/b - Codigoro (FE)
Banca Antonveneta - Agenzia di Codigoro (FE)
COD. IBAN: **IT32P050406720000000012272H**

* I bonifici bancari a favore di FORMAT sas, effettuati presso tutte le filiali di Banca Antonveneta, **non sono soggetti a spese aggiuntive di commissione**, specificando all'operatore di cassa la tipologia di bonifico: **BES o ESE**

DISDETE e RIMBORSI

In caso di **disdetta**:

- **entro il termine d'iscrizione**, verrà restituito l'80% della quota versata;
- **dal termine d'iscrizione, per 5 giorni lavorativi**, verrà restituito il 50% della quota. Scaduto questo termine, non verrà effettuato nessun rimborso.

La Segreteria organizzativa si riserva di **non attivare il corso qualora non sia raggiunto il numero minimo di partecipanti previsto.**

In questo caso verranno concordate con gli iscritti le modalità di rimborso.

IPASVI



Collegio Provinciale di Venezia

Corsi di formazione per INFERMIERI

MARZO – GIUGNO 2008

VENEZIA ZELARINO

INFORMAZIONI e ISCRIZIONI
Segreteria organizzativa **FORMAT**

Via XX settembre 30 - 44021 Codigoro (FE)
Tel. **0533 713 275**

Cellulare **329 3953346**

Fax **0533 717 314**

Email info@formatsas.com

Web www.formatsas.com



IL NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO

2006/2008



Luigino Schiavon (Presidente)



Giovanna Noè (Vicepresidente)



Luigino Boldrin (Tesoriere)



Sergio Bontempi (Segretario)



Patrizia Biscaro



Alessandro Monetti



Maria Rosa Boscolo



Alessandra De Pieri



Micaela De Rossi



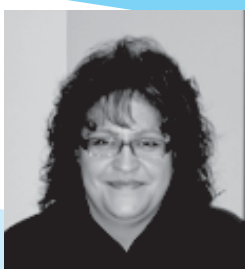
Mario Iannotta



Elsa Labelli



Carlo Masato



Maria Cristina Rosa



Mirko Romanato



Mario Vidal

Madrid

Venite a vedere il sangue per le strade di Madrid.

Erano donne, uomini, bambini, anziani, la semplice e pura umanità che cominciava un altro giorno, un giorno di lavoro, di sogni, di speranze, senza sapere che la volontà assassina di qualche miserabile aveva deciso che fosse l'ultimo.

Venite a vedere il sangue per le strade di Madrid, questa città amata in cui tutti arrivano e tutti sono benvenuti.

Venite a vedere gli appunti, i libri, le cose sparse fra i resti del massacro. Venite a vedere un giorno morto e il dolore di una società che ha gridato mille volte il suo diritto di vivere in pace. Scrivo queste righe mentre ascolto i notiziari e posso solo pensare alla tristezza delle aule, delle tavole, delle case a cui non ritornerannopiù quelle centinaia di cittadini, di fratelli e sorelle le cui vite sono state stroncate in un miserabile atto di odio, perché l'unico obiettivo del terrorismo è l'odio contro l'umanità, perché non c'è causa che possa giustificare l'assassinio collettivo, perché non esiste idea che valga un genocidio, perché non esiste giustificazione alcuna di fronte alla barbarie.

Venite a vedere il sangue per le strade di Madrid, assassini, e verificate che sebbene è certo che ci avete sprofondato nel dolore, lo è altrettanto che con questo crimine inqualificabile una volta di più non avete conseguito nulla.

Il valore dei madrileni che immediatamente si sono riversati a soccorrere i feriti, a donare il sangue, a facilitare il lavoro delle forze di sicurezza e di salvataggio, è stata l'immediata risposta morale di una città fraterna, di una cittadinanza responsabile e solidale. Mentre scrivo queste righe so che gli assassini stanno nelle loro tane, nei loro ultimi nauseabondi nascondigli perché non ci sarà luogo sulla o dentro la terra dove possano nascondersi e sfuggire al castigo di una società ferita. So che guardano la televisione, ascoltano la radio, leggono i giornali per misurare i risultati della loro codardia, l'infame bilancio di un atto che ripugna e che ha trovato solo la condanna dell'umanità intera.

Venite a vedere il sangue per le strade di Madrid, venite a vedere il giorno inconcluso, venite a vedere il dolore che lascia allibiti, a sentire come l'aria di un inverno che si ritira porta il «perché?» per i parchi ammorso, le fabbriche, i musei, le università e le strade di una città il cui unico modo di essere è e sarà sempre l'ospitalità.

Assassini; la vostra zampata d'odio ci ha causato una ferita che non si chiuderà mai, però siamo più forti di voi, siamo meglio di voi, e l'orrore non interromperà né piegherà quella normalità civica, città dina, democratica che è il nostro bene più prezioso e il migliore dei nostri diritti.

Venite a vedere il sangue per le strade di Madrid, anche il cinismo di quelli che hanno provato a lucrare sul dolore di tutti, di quelli che manipolano le lacrime e la disperazione, di quelli che non vedono orfani, vedove, esseri mutilati ma solo voti.

Venite a vedere il sangue per le strade di Madrid, di questa città che ha gridato «pace» con voce unanime, e il suo grido è stato ignorato da un servo dell'imperialismo nordamericano, da un lacché del signore della guerra che pretende di governare il mondo, ed è solo riuscito a portare l'orrore in Europa.

Venite a vedere il sangue per le strade di Madrid, il lavoro sereno di medici e infermiere, il gesto triste dei governanti solitari, e anche il sorriso infame di un buffone italiano, l'unico al mondo ad assecondare Aznar con le sue menzogne.

Venite a vedere il sangue per le strade di Madrid, bagnateci le vostre mani e scrivere «pace» su tutti i muri della terra.

LUIS SEPÚLVEDA