

2015



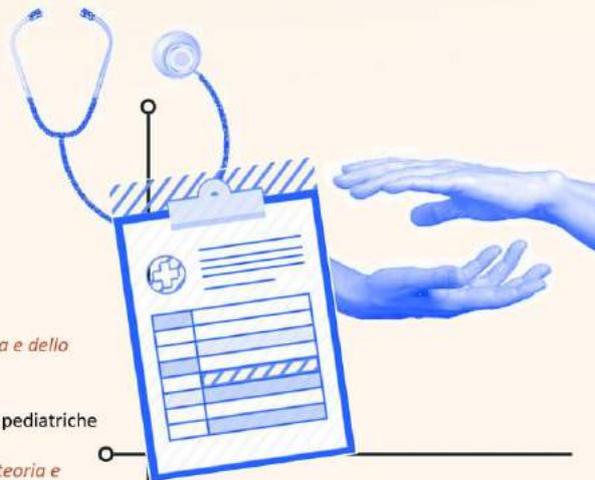
Azienda
USL 9
Grosseto

Servizio Sanitario della Toscana

INNOVARE PER MIGLIORARSI: Esperienze e progetti degli infermieri asl9

Programma

- 08.30 –09.00 Saluto Autorità
09.00 –09.30 **MARIA ADELE SCHIRRU**
Vice Presidente Federazione Nazionale Collegi IPASVI
il ruolo dei Collegi IPASVI nella promozione della ricerca e dello sviluppo scientifico disciplinare
- 09.30– 10.00 **DUILIO F. MANARA**
Professore Scienze Infermieristiche generali, cliniche e pediatriche
Università Vita-Salute, S. Raffaele Milano
Fare teoria dalla prassi: la risoluzione del conflitto tra teoria e pratica nella professione infermieristica
- 10.00 –10.30 **PAOLA COLASANTI**
DONATELLA GIOVANNINI
Direzione Infermieristica E
Responsabile Area
Rischio Clinico/Qualità/Formazione/Ricerca e Sviluppo
Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord
Le leve strategiche della Direzione Infermieristica nel processo continuo di miglioramento
- 10.30 – 10.45 Pausa
10.45 –12.30 **Relazione dei Progetti**
12.30– 13.00 **LORENZO BARAGATTI**
Direttore Infermieristico Ostetrico ASL9 Grosseto
NICOLA DRAOLI
Presidente Collegio IPASVI Grosseto
Conclusione dei lavori e Adempimenti ECM



9 Ottobre
2015
08,30 - 13,00

Aula Magna
Polo Didattico di Grosseto
Università degli Studi di Siena
Via Ginori 43 GROSSETO

È stato richiesto l'accreditamento ECM

Numero massimo di iscrizioni: 105

90 riservati dipendenti ASL9 - ISCRIZIONI su applicativo <http://formazione.sigmainformatica.com>

15 riservati Collegio IPASVI GR non dipendenti ASL9 - ISCRIZIONI contattare segreteria@ipasvigrosseto.it

[RACCOLTA DELLE ESPERIENZE]

Sintesi dei progetti inviati per il congresso che hanno dato consenso alla divulgazione. Prefazioni di Nicola Draoli; Lorenzo Baragatti; Fiorenzo Duilio Manara.

Sommario

Introduzione Collegio Provinciale IPASVI di Grosseto (Nicola Draoli)	3
Introduzione Direzione delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche (Lorenzo Baragatti)	4
Fare teoria dalla prassi: la risoluzione del conflitto tra teoria e prassi nella professione infermieristica (Duilio F. Manara)	5
TECNICHE COMPLEMENTARI	14
IL SEE & TREAT PEDIATRICO	16
LA SIMULAZIONE COME STRUMENTO FORMATIVO IN PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	18
ADOZIONE DEL MODELLO PRIMARY NURSING PER L'ASSISTENZA NELL'OSPEDALE PER INTENSITA' DI CURA, IMPLEMENTAZIONE DELLA TASSONOMIA NIC NELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA E SPERIMENTAZIONE DI PIANI DI ASSISTENZA STANDARD CON TASSONOMIA NIC NOC E NANDA	21
IL PERCORSO DEL PRELIEVO EMATICO NEI MINORI E NEI PAZIENTI FRAGILI.....	22
OSSERVATORIO ULCERE DA PRESSIONE: QUATTRO ANNI DI ESPERIENZA – OSSERVATORIO LESIONI DA PRESSIONE E FERITI DIFFICILI.....	24
SAV – SCHEDA ACCOGLIENZA E VALUTAZIONE.....	25
REALIZZAZIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO PER L'INSERIMENTO PICC.....	26
IL SEE & TREAT INFERMIERISTICO - Pronto Soccorso, P.O. Misericordia GR.....	27
IL RUOLO DELL'INFERMIERE ALL'INTERNO DEL PROGETTO CODICE ROSA.....	30
GLI ALTRI PROGETTI PRESENTATI	31

Introduzione Collegio Provinciale IPASVI di Grosseto

Quale è l'apporto dell'infermieristica nel sistema sanitario? Come si traducono le peculiarità disciplinari dell'infermiere nell'operato quotidiano? Come azionano queste ultime le leve strategiche del cambiamento? Quali esiti di salute produce l'innovazione infermieristica sia essa espressione autonoma o inserita in un contesto interprofessionale? A queste ed altre domande la comunità professionale tenta quotidianamente di dare risposta. Esiste un livello formalizzato, visibile, documentabile che trova espressione nelle norme che descrivono la professione – dal profilo professionale al codice deontologico, dalle leggi regionali alle emanazioni legislative centrali. Esiste però un livello informale o comunque molto circoscritto che merita una serie di riflessioni. È quel livello che resta invisibile alle organizzazioni e alle istituzioni e a chiunque appena si discosti dall'ambiente di lavoro dove quella dimensione prende forma e sostanza, magari anche al collega della porta accanto (o in questo caso del setting accanto). Sono quei cambiamenti culturali, professionali e organizzativi che nascono dalla passione delle equipe, dalla volontà di migliorare i servizi al cittadino, da quell'impeto di migliorare continuamente noi stessi ed il mondo che ci circonda spinti dal desiderio di offrire risposte sempre più adeguate ai problemi di salute che rileviamo. Sono piccoli/grandi cambiamenti che devono essere analizzati, mappati, formalizzati ma soprattutto condivisi non solo a livello locale ma a livello nazionale anche perché, a volte, nascono come inconsapevoli della loro ricchezza. Sono quei cambiamenti attuativi che nel tempo possono modificare le teoriche che descrivono la professione e l'organizzazione, quei cambiamenti che sono già oltre le disquisizioni sulle competenze, quei cambiamenti che non cercano l'interprofessionalità perché è già insita in loro, quei cambiamenti che nel tempo assurgono a diventare standard di riferimento anche normativo perché ormai prassi consolidata irrinunciabile. Ciò che si descrive negli intenti di un servizio sanitario a volte non trova adeguata espressione reale, ma è pur vero che esiste un mondo di innovazione che non trova descrizione immediata e a volte adeguata promozione. Innovazione che si comprende solo quando da utenti la incontriamo o, come in questo caso grazie al fondamentale input della Direzione delle professioni infermieristiche ed ostetriche EXASL9, quando decidiamo di indagarla con trasparenza ed accoglienza. È un mondo quindi che merita tutta la nostra attenzione perché ci permette di capire chi siamo. Cosa facciamo. Dove andiamo. Perché ci permette di trovare quell'unione di intenti tra come la professione è descritta nel suo aspetto teorico, metodologico e disciplinare e come la professione la si esercita quotidianamente. Speriamo quindi che i progetti – alcuni già ben avviati – che qui riportiamo e divulghiamo, possano servire a trovare alleanze, spunti, idee, riflessioni, progettualità di respiro sempre più ampio in quello che è un cambiamento metaparadigmatico del sistema salute in cui operiamo sempre più presente e quanto mai necessario.

Nicola Draoli – Presidente Collegio IPASVI Grosseto



Azienda Unità Sanitaria Locale 9 di Grosseto

Introduzione Direzione delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche.

Nella ASL 9 di Grosseto sono in atto da alcuni anni processi di cambiamento e di ammodernamento dell'offerta di servizi, in linea con i principali obiettivi aziendali e regionali.

Le professioni sanitarie, ed in particolare la professione infermieristica, hanno offerto il loro contributo attraverso la ridefinizione dei modelli di assistenza e l'introduzione di elementi innovativi e qualificanti, rivolti alla presa in carico ed alla personalizzazione del processo di assistenza, con un occhio vigile verso gli esiti prodotti.

In particolare, dall'anno 2013, anche attraverso la loro formalizzazione negli obiettivi di budget, gli infermieri grossetani hanno intrapreso percorsi ospedalieri, territoriali e di interesse trasversale all'azienda, che hanno portato all'ampliamento di competenze professionali e gestionali ed hanno canalizzato le energie a favore di un'assistenza "consapevole" delle proprie potenzialità e dei propri limiti.

Alcune di queste esperienze sono risultate vere e proprie Best Practices in ambito regionale e nazionale fino ad ottenere riconoscimenti formali, altre sono state condivise persino a livello internazionale.

Solo per citarne alcune:

- Implementazione dell'infermiere tutor assistenziale nei setting di degenza ad intensità di cura secondo il modello Primary Nursing;
- Presa in carico territoriale per gli utenti in Assistenza Domiciliare Integrata con individuazione dell'infermiere referente;
- Pianificazione dell'assistenza in sei fasi secondo il modello concettuale M. Gordon, adozione della tassonomia internazionale Nanda_I NIC, NOC, e misurazione degli esiti;
- Valutazione dell'assorbimento appropriato e pertinente di risorse nei setting di degenza;
- Sviluppo attività connessa alla Wound Care, realizzazione dell'Osservatorio Ulcere da Pressione e misurazione costante dell'aderenza alle recenti linee guida;
- Realizzazione corsi di espertizzazione a favore di persone affette da patologia cronica per il miglioramento degli stili di vita;
- Formazione personale pronto soccorso al See & Treat adulto e pediatrico;
- Ampliamento competenze per inserimento catetere venoso centrale ad inserzione periferica;
- Assistenza a vittime di violenza appartenenti alle fasce deboli della popolazione, attraverso la costante presenza nella task force Codice Rosa.

Allo scopo di mantenere elevato il livello di consapevolezza relativo all'eccellenza del risultato raggiunto, si è inteso realizzare un evento attraverso il quale gli infermieri grossetani hanno reso fruibili ed esportabili le buone esperienze dell'agire quotidiano che sono poi state raccolte in questa semplice ma godibile pubblicazione.

Il mio ringraziamento va al Collegio IPASVI di Grosseto, prezioso partner di questa iniziativa e, soprattutto, ai colleghi che ancora credono nei valori della professione e si impegnano continuamente a prendersi cura dei nostri cittadini.

Lorenzo Baragatti, Dirigente Infermieristico-Ostetrico ASL 9 di Grosseto

Fare teoria dalla prassi:

la risoluzione del conflitto tra teoria e prassi nella professione infermieristica

Duilio F. Manara

Introduzione

Il titolo della relazione che mi è stata assegnata tocca un punto dolente dello sviluppo di tutte le professioni pratiche. Medici, insegnanti, ingegneri e così via, tutti soffrono in modo più o meno ampio del noto *gap* tra sapere teorico – insegnato nelle aule universitarie – e sapere pratico – acquisito sul campo attraverso l'esperienza individuale.

Meno noto è il fatto che la dicotomia è tanto maggiore quanto meno la formazione universitaria che ha formato il professionista in questione è consapevole del problema e lo affronta in ogni momento della progettazione formativa – ad esempio pianificando ogni attività formativa sulle competenze esito che sono attese da quel professionista a livello nazionale e sovranazionale (Palese et al., 2008; Venturini et al., 2012).

Ma non basta. Come già affermava Schein negli anni Settanta del secolo scorso, le scienze applicate sono per loro natura “convergenti”, mentre la pratica professionale è per sua natura “divergente”. Una delle caratteristiche che connota il professionista esperto è quindi la sua abilità nel “prendere una base di conoscenza convergente e convertirla in servizi professionali adatti alle esigenze uniche del “sistema del cliente”, un processo che richiede “capacità riflessive divergenti” (Schein, 1973, 44). Da un lato vi è ciò che definiamo “scienza”, dall'altro si trova il “sapere empirico”, frutto della cosiddetta *prassi* che ognuno è in grado di accumulare incessantemente. Il sapere empirico però diventa “esperienza” solo quando viene nuovamente integrato nella coscienza pratica di chi agisce (Gadamer, 1994, 5; Mortari, 2003).

Per la nostra professione, su questi temi, sono stati determinanti gli studi di Patricia Benner che hanno mostrato in modo palese le dinamiche legate allo sviluppo delle competenze mediante la riflessione attorno alla pratica e la crescita dell'esperienza clinica del professionista (Benner, 1984; Benner et al., 1996, 1999).

Ma il tema oggi non è lo sviluppo disciplinare dell'infermieristica accademica quanto piuttosto lo sviluppo dell'infermieristica pratica, attraverso la presentazione di alcuni progetti di innovazione dal basso promossi dalla Direzione di questa Azienda sanitaria locale.

Le caratteristiche dei progetti di “Innovazione e miglioramento” presentati sono estremamente interessanti. Essi sono:

- Contestuali: attivati su problemi locali
- Infermieristici: la figura dell'infermiere è centrale in ogni progetto
- Interdisciplinari: coinvolgono tutte le professioni toccate dal problema
- Integrati e gestiti nell'organizzazione: coinvolgono tutti i livelli decisionali e tutte le aree dell'organizzazione
- Innovativi: modificano il modo di lavorare e di pensare degli operatori coinvolti e spesso anche degli utenti assistiti
- Attivi: tutti iniziati da tempo o già approvati
- Decentrati: si tratta di progetti ospedalieri o di continuità assistenziale
- Istituzionali: quasi tutti sono coperti da raccomandazioni o indicazioni istituzionali.

Come avviene allora che un gruppo di professionisti si attivi per risolvere problemi locali e proporre progetti di miglioramento e di innovazione? Come avviene la nascita di quel “pensiero divergente” e innovativo di cui parlava Schein? Quali sono i fattori che facilitano il superamento dei saperi formali e il “contagio” delle buone pratiche tra i professionisti presenti in una realtà organizzativa? A quali condizioni queste nuove innovazioni possono risolvere o ridurre il conflitto tra teoria e prassi e far crescere la disciplina infermieristica?

Obiettivi

Gli obiettivi che intendo almeno introdurre con questa relazione sono tre.

- Descrivere il conflitto tra teoria e prassi nell'infermieristica – e nella medicina – come “deficit” epistemologico, ontologico e etico, secondo il paradigma della complessità.
- Identificare le differenze tra le diverse forme di conoscenza professionale – tacite ed esplicite – e offrire una teoria esplicativa sul tema della gestione delle conoscenze applicate (*Knowledge management*).
- Descrivere una possibile chiave di lettura per la costruzione di teorie “locali” costruite dal basso attraverso la riflessione maturata nelle esperienze di innovazione e di miglioramento attivate su problemi locali.

Tesi

La tesi che sostengo è il conflitto tra teoria e prassi nell'assistenza si crea e si risolve nella persona stessa dell'infermiere, come misura della sua saggezza pratica, della sua capacità di vedere e operare allo stesso tempo il generale e il particolare, la tecnica e l'arte dell'assistenza, il sapere tecnico-scientifico con quello etico e valoriale (Manara, 2002).

Come diceva Virginia Henderson “Le abitudini mentali che guidano i compiti quotidiani dell'infermiera sono esattamente le stesse che sottostanno alle migliori ricerche pubblicate” (Henderson & Nite, 1968; Evans, 1980). Perché una “buona pratica” non è mera applicazione di teorie elaborate da altri e altrove, ma implica un contributo di pensiero che è radicato nel reale e che come tale consente la costruzione di un sapere esperienziale. Per essere un “buon pratico”, dice Mortari, occorre saper costruire sapere a partire dall'esperienza (Mortari, 2009, 344).

1. Il conflitto tra teoria e prassi nell'infermieristica

Il tema è presente da decenni nella nostra professione. Nel corso del 2001, ad esempio, alcune autorevoli infermiere statunitensi pubblicarono sul *Journal of Advanced Nursing* l'appello “Salvare la disciplina infermieristica – 10 questioni apicali ed inesauribili per il dibattito infermieristico nel nuovo millennio” (Fawcett et al., 2001). Per tutta risposta, l'anno successivo, un editoriale della rivista australiana *Nursing Inquiry* si poneva in aperta polemica con tale appello e titolava: “Salvare la pratica – 10 questioni apicali ed inesauribili per il dibattito infermieristico nel nuovo millennio”.

Per la cronaca, la prima di questa seconda serie di questioni è “Come possiamo assicurare un pagamento adeguato per il lavoro dell'infermiere?” e si conclude con un invito alla leadership infermieristica affinché consideri sempre le problematiche della pratica infermieristica come prioritarie, onde non capiti agli infermieri quello che successe in una storiella del famoso investigatore Sherlock Holmes. Questi, dopo aver piantato una tenda in un campeggio con il fido dr. Watson, lo svegliò nel cuore della notte per chiedergli: “Watson, guardi le stelle e mi dica cosa deduce”. “Vedo milioni di stelle – dice Watson – e se anche poche di esse hanno dei pianeti, è molto probabile che ce ne siano di simili alla Terra, e se ce ne sono di simili, alcune potrebbero forse avere delle forme di vita...”. “Watson! – esclamò Holmes – ci hanno rubato la tenda!”

2. Che cos'è una teoria? A cosa serve?

Una teoria scientifica nasce dal tentativo di voler risolvere un “problema” pratico o teorico. «La mia tesi – scrive Popper, uno dei più noti epistemologi del Novecento – è che possiamo pienamente comprendere i metodi delle scienze sia naturali sia sociali solo se riconosciamo che la scienza prende le mosse da e approda sempre a problemi. Il progresso della scienza consiste, essenzialmente, nell'evoluzione di questi ultimi» (Popper, 1995, 208-209.210). Lo studio scientifico di un certo problema implica dunque necessariamente lo sviluppo di una teoria, cioè di una “rappresentazione concettuale” della realtà che ci

permetta di descrivere, spiegare e prevenire, o risolvere – in termini falsificabili – il problema che ha mosso il nostro studio.

Una teoria scientifica, per usare la famosa metafora di Arthur Eddington (1984, 23ss; Cfr. Cavicchi 2003), è come la rete di un ittologo che vuole esplorare la vita dell’oceano. Gettata a più riprese, essa serve a raccogliere informazioni e perciò a produrre teoria. Ma non esiste rete che non ponga limiti intrinseci e invalicabili nell’interpretazione dei dati ottenuti grazie ad essa. E il nostro ricercatore sbaglierebbe grossolanamente se affermasse, ad esempio, che ‘nell’oceano nessuna creatura è più piccola di sei centimetri’. Un osservatore esterno potrebbe criticare facilmente un tale risultato e concludere che – siccome nell’oceano ci sono evidentemente creature inafferrabili più piccole di sei centimetri – allora teoria, esperimento e conclusioni possono essere tranquillamente ignorate poiché fallaci e lacunose. Il guaio, in questa disputa, è che i due protagonisti parlano di cose diverse senza accorgersene. Se da un lato ciò che peschi non è tutto il mare, dall’altro fermarsi alla percezione della vastità del mare non permette di coglierne alcuna generalizzazione. Insomma, un bel guaio... le teorie sono potenti, ma intrinsecamente limitate (Manara, 2007).

In aggiunta, anche il mito della verifica degli asserti scientifici è ormai definitivamente tramontato. Tra una teoria scientifica ed una non scientifica non vige un relazione di importanza o di *significato* (come a dire che le teorie scientifiche sono più importanti o più “vere” di quelle non scientifiche), ma vige piuttosto un criterio di *demarcazione* che distingue, attraverso il principio della falsificabilità empirica degli assunti teorici, un tipo di teoria dall’altro (Popper, 1970, 22).

L’insieme delle teorie che studiano il medesimo problema definisce una disciplina scientifica (Popper, 1972), e questa è la condizione indispensabile per lo sviluppo di ogni professione (Greenwood, 1980). Come tale, ogni teoria assolve a quattro funzioni indispensabili per la professione di riferimento:

- a. Guidare le scelte pratiche dei professionisti indicando pratiche “evidence based”
- b. Fornire una cornice per la formazione dei neofiti
- c. Orientare la ricerca e lo sviluppo della disciplina
- d. Orientare e supportare le politiche di sviluppo della professione nella società.

3. Che cos’è la prassi? Il “grumo di complessità” della clinica

Nelle professioni pratiche, la funzione più critica di ogni teoria è appunto quella di “guidare” le scelte pratiche dei professionisti. Essa può essere critica per due motivi principali. Il primo è l’ignoranza: in alcuni contesti il mancato aggiornamento dei professionisti sulle novità della ricerca riguardanti la propria sfera pratica causa naturalmente una lontananza tra le migliori pratiche – come evidenziate dalla ricerca – e quelle ancora fondate su abitudini o teorie ormai desuete. L’esempio più famoso è quello della tricotomia pre-intervento chirurgico. Sappiamo da decenni che può essere addirittura dannosa, e allora perché in molte realtà cliniche si continua a eseguirla? (Di Censo, 2007).

Il secondo motivo di criticità è che spesso questa funzione di guida della teoria sulla pratica è stata vista come “conduzione forzata”, come un obbligo quasi morale imposto al professionista ad “applicare” la teoria nella sua prassi lavorativa (Cavicchi, 2000, 160-165). Una teoria, al contrario, ha significato solo se mette in evidenza dei riferimenti identificabili e se permette ai pratici di scoprire l’interazione tra questi, in tutte le combinazioni e manifestazioni possibili, e la situazione che stanno trattando, orientandoli così nelle decisioni da prendere. Essa diventa invece pericolosa ogni volta che fa di un modello comportamentale tipo, un “sistema” da applicare pedissequamente (Collière, 1982, 186-187).

Purtroppo, nella storia della nostra disciplina, sappiamo come le teorie ed i modelli concettuali siano stati usati troppo spesso come modelli *prête-à-penser* (Collière, 2001, 50-51), come “cornici” rigide e assolute, scritte una volta per tutte e quindi immodificabili e assolutamente refrattarie ad ogni critica (Manara, 2000). Questo atteggiamento mentale di rigidità nell’uso dei propri strumenti concettuali è valido tanto per le teorie cosiddette “grandi”, quelle che coprono l’intero problema disciplinare, quanto di quelle a piccolo raggio, quelle che coprono i quesiti clinici anche più piccoli della pratica quotidiana (ad es. Come preveniamo le flebiti nei pazienti oncologici? Rallentare l’infusione del chemioterapico può aiutare?). E’ questa rigidità nelle proprie abitudini mentali che Popper chiama “tossicodipendenza da cornice” (1995) e

che ci spinge ad essere acritici nei confronti delle nostre convinzioni e a reiterare continuamente teorie e modelli, e financo procedure e protocolli operativi, ormai obsoleti, vetusti o addirittura dannosi.

Questo atteggiamento di rigidità mentale, adottato soprattutto dai formatori, è poi però puntualmente smentito nella pratica, nella quale i professionisti dimenticano velocissimamente quanto appreso sulle aule e apprendono la professione “sul campo”, con tutti i rischi che ne conseguono. Perché nelle nostre realtà cliniche troviamo di tutto: troviamo i colleghi esperti e coscienti che – come direbbero Benner e Wrubel (1998, XI) – erogano una pratica clinica nella quale “la scienza è guidata dall’arte morale e dall’etica dell’assistenza e dalla responsabilità”. E accanto a questi troviamo a volte i colleghi che mancano appunto tanto di scienza quanto di etica e di responsabilità.

E’ chiaro che questa situazione denuncia un “deficit epistemologico” (Schön, 2006a) e un deficit ontologico (Cavicchi, 2011) della nostra disciplina: una mancanza di solidità e completezza delle nostre teorie che sono al momento incapaci di cogliere quel “grumo di complessità” che è la pratica clinica attuale, tanto dell’infermieristica quanto della medicina. In ogni singolo gesto clinico si muovono saperi e principi differenti, significati e valori personali e professionali, in un insieme che la nostra attuale riflessione teorica sull’assistenza infermieristica, soprattutto in Italia, è ancora lontana dal poter affrontare. Il “grumo di complessità” della clinica riguarda infatti i rapporti a catena che *in ogni gesto clinico* rivelano contemporaneamente (cfr. Cavicchi, 2010, 41-50):

- come quell’operatore concepisce il malato (*ontologia*),
- come lo conosce (*gnoseologia/epistemologia*)
- quale pratica medica decide di porre in atto (*metodologia*)
- con quali interventi intende curarlo (*tecnologia*)
- all’interno di quale tipo di relazione interpersonale (*relazionalità*)
- nel rispetto di quali valori e principi etici (*etica*)

Ecco perché è importante teorizzare a partire dalle (buone) pratiche di cura. La teoria è di vitale importanza per poter formulare le domande giuste in una situazione clinica; essa suggerisce all’operatore di individuare i problemi e anticipare i bisogni assistenziali. “Nessuna dottrina, però, sarà mai in grado di predire completamente tutti gli aspetti di una situazione” (Benner, 1984, 178). Una pratica esperta supera i limiti delle teorie formali e per questo “i modelli formali dovrebbero essere usati con discrezione” e in modo tale da non eclissare gli aspetti relazionali, valoriali e intuitivi della pratica clinica (Gordon, 1984, 242).

Secondo Deborah Gordon, infatti, i pericoli di un’eccessiva fiducia nei modelli formali dell’infermieristica sono: 1) la reificazione, consistente nell’identificare il modello con la realtà; 2) l’oscuramento o la svalutazione delle caratteristiche che non si prestano alla formalizzazione; 3) una regolamentazione dei comportamenti che contraddice l’obiettivo dell’autonomia dell’infermiere; 4) l’alienazione e una insufficiente stimolazione degli infermieri più esperti a vantaggio dei meno esperti; 5) specificazioni così dettagliate da risultare sconcertanti invece che proficue; 6) un’eccessiva semplificazione delle situazioni complesse; 7) la richiesta di una omogeneità esasperata: l’utilizzo dei medesimi standard per tutti può comportare un’eccessiva conformità a un particolare insieme di standard; 8) una carente sensibilità ai dettagli e alle sfumature delle situazioni dei pazienti e, in particolare, degli infermieri; 9) la confusione tra il rispetto delle regole e la necessità di giudizi discrezionali; 10) la mistificazione: il discorso assomiglia tanto a slogan da divenire banale e povero di significato” (Gordon, 1984, 242).

Al contrario, quando un professionista riflette sulla propria prassi nel corso dell’azione, “diventa un ricercatore operante nel conteso della pratica. Non dipende dalle categorie consolidate della teoria e della tecnica, ma costruisce una nuova teoria del caso unico. [...] Non separa il pensiero dall’azione, ragionando sul problema sino a raggiungere una decisione che successivamente dovrà trasformare in azione. Poiché la sua sperimentazione rappresenta una sorta di azione, l’implementazione è costruita nell’ambito dell’indagine” (Schön, 2006a, 80).

4. I saperi dei professionisti: saperi espliciti e saperi taciti

Dobbiamo al chimico ed epistemologo ungherese Michail Polanyi la “scoperta” della conoscenza tacita, ovvero di quell’insieme di saperi che ognuno coltiva e che vanno oltre quello che potremmo esprimere a parole. Secondo Polanyi, in ogni atto della conoscenza vi è un contributo appassionato della persona che conosce ciò che viene conosciuto e questo contributo “non è un’imperfezione, ma un fattore vitale della conoscenza” (Polanyi, 1990, 70). Famosa la sua espressione per cui “l’abilità e l’esperienza pratica contengono molte più informazioni di quante le persone in possesso di questa conoscenza specifica potranno mai dire” (Polanyi, 1973, 26).

Gli esperti di ogni campo disciplinare conoscono dunque più cose, e le conoscono in modo diverso, rispetto a quelle che sono state insegnate loro attraverso la formazione accademica. I saperi “espliciti”, quelli appunto che possono essere dichiarati e studiati formalmente si applicano a situazioni problematiche prevedibili, attivano procedure e possiedono un sistema codificato di strategie risolutive per i problemi conosciuti: sono insomma un sapere “di regole generali” (Polanyi, 1979; Benner, 1984; Mortari, 2009). Al contrario, i saperi “taciti” si applicano a casi unici differenti uno dall’altro, non danno luogo a nessuna procedura di azione pre-codificata, ma permettono la comprensione contestuale della situazione (*situated cognition*) (Benner, 1984; Mortari, 2009). Sono insomma un sapere di “regole individuali”, una forma di “saggezza pratica” (*phronesis*) (Gadamer, 1972; Manara, 2002).

Ecco perché il conflitto tra teoria e prassi nell’assistenza si crea e si risolve nella persona stessa dell’infermiere: si crea quando l’infermiere di fronte alla situazione clinica che sta affrontando non riesce a (oppure non sa\ non può\ non vuole...) trovare una sintesi tra le conoscenze formali e quelle personali. Si risolve quando egli sviluppa la capacità (la *virtù*, direbbe Aristotele) di coniugare allo stesso tempo il generale e il particolare, la tecnica e l’arte dell’assistenza, il sapere tecnico-scientifico con quello etico e valoriale (Benner et al, 1996; Benner et al, 1999; Manara, 2002).

Occorre in qualche modo “praticalizzare” la conoscenza teorica e “teorizzare” quella pratica (Cfr. Schön, 2006b). In questo modo un “buon pratico” è colui che è in grado di costruire sapere a partire dall’esperienza (Mortari, 2009, 344), mentre una “buona teoria” è quella in grado di lasciare spazio ai processi artistici, intuitivi, che alcuni professionisti adottano in situazioni di incertezza, instabilità, unicità e conflitto di valori.

Il vero patrimonio di conoscenza dell’infermieristica non è quello che troviamo sui libri o sulle riviste, ancorché indicizzate, ma è quello che si accresce negli infermieri esperti attraverso l’esperienza al letto dei malati. Questo conoscere è normalmente tacito, implicito nei loro modelli di azione e nella loro sensibilità per le cose di cui si occupano, perché il loro conoscere “è nella stessa loro azione” (Schön, 2006b, 75-76).

5. Il superamento del conflitto tra teoria e prassi

In un’organizzazione complessa come quella che presiede alla sanità contemporanea non è tuttavia pensabile di poter superare il conflitto tra teoria e prassi con il solo richiamo alla virtù individuale della saggezza pratica. Occorre sviluppare strategie di gestione del patrimonio conoscitivo degli esperti, di stimolo all’innovazione e al miglioramento continuo, di costruzione di teorie locali che sedimentino le buone prassi e permettano loro di essere divulgate e confrontate con altre simili.

Perché chiaramente non si cerca l’innovazione fine a sé stessa – perché tutto cambi affinché nulla cambi davvero o solo per avere la visibilità del rottamatore di turno. Per innovare, diceva Evandro Agazzi, “occorre prima saper ereditare” e poi saper porre ciò che si è prodotto alla critica dei colleghi, secondo i canoni della ricerca scientifica o teoretica della propria branca disciplinare.

Si portano a questo proposito due approfondimenti, il primo tratto da una prospettiva manageriale, il secondo tratto dalle esperienze delle comunità di pratica.

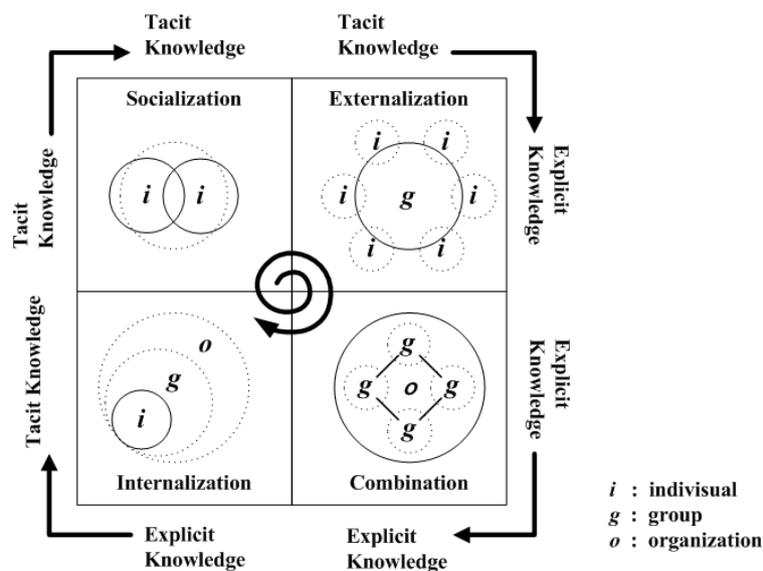
5.1 Il Knowledge management e la teoria di Nonaka & Takeuchi

Il *knowledge management* è un approccio organizzativo che presidia le scelte strategiche in merito allo sviluppo dei saperi, delle specializzazioni e delle competenze professionali. Secondo Lega (2013) tale

“gestione” dei saperi deve garantire da un lato capacità di risposta alla domanda di salute dei pazienti attuali dell’ospedale, dall’altro il mantenimento nel tempo e la crescita dell’attrattività, competitività e tenuta di mercato ed è una delle tre sfide fondamentali date alle singole professioni dal contesto sanitario contemporaneo, soprattutto ospedaliero (le altre due sono l’*Asset management* e il *Disease management*). Nel 2005 L’Organizzazione Mondiale della sanità adotta ufficialmente il Knowledge Management per incentivare la creazione, la condivisione e l’effettiva applicazione del sapere per il miglioramento nella sanità (WHO, 2005). La mission della Knowledge Management Strategy è rivolta a dare attuazione a quei programmi capaci di colmare il divario esistente tra cosa si conosce (Know) e cosa viene messo in pratica (do), il “Know-do gap”.

Tra i padri del *Knowledge management* ricordiamo Nonaka (Università di Berkeley) e Takeuchi (Universtia di Harvard) che a metà degli anni Novanta del secolo scorso hanno sviluppato e diffuso il concetto di sapere tacito di Polanyi, cercando di descrivere come avviene il fatto che nella realtà organizzativa i saperi taciti degli esperti diventino progressivamente espliciti e confrontabili con i saperi teorici formali (Nonaka & Takeuchi, 1997). La loro teoria è nota come “Modello SECI per la creazione e l’utilizzo della conoscenza” (fig. 1) e descrive la spirale cognitiva che permette alla conoscenza di innovarsi continuamente passando da quella tacita a quella esplicita, dalla dimensione epistemologica a quella ontologica coinvolgendo a livelli crescenti prima gli individui, poi l’intera organizzazione, per tornare infine ai singoli individui, attraverso quattro momenti: Socializzazione, Esteriorizzazione, Combinazione e Interiorizzazione.

Figura 1: The SECI Model of Knowledge Creation and Utilization (Nonaka & Takeuchi, 1995).



5.2 Costruire sapere dalla prassi: le teorie “locali”

Secondo Wenger, una comunità di pratica “è un gruppo di persone che condividono un interesse, un insieme di problemi, una passione rispetto a una tematica e che approfondiscono la loro conoscenza ed esperienza in quest’area mediante interazioni continue” (Wenger et al. 2007, 44; Wenger, 2006). All’interno di tali comunità l’apprendimento si sviluppa e si socializza partendo da un confronto incessante sulle proprie prassi, continuamente sottoposte a indagini riflessive (Mortari, 2003).

In tali comunità – e ovunque avvenga innovazione – è possibile sviluppare teoria dalle buone pratiche ogni volta che esse siano in qualche modo “teorizzate dalla pratica”. Secondo Mortari (2007, 139-140) esistono molte possibili applicazioni di questa riflessività condivisa. Tra queste:

- *Descrivere le teorie della pratica*: partendo dalle prassi indagare quali forme di conoscenza ne sono implicate. Ad es. in una terapia intensiva cardiocirurgica ci si può chiedere quali siano i fattori che determinano negli infermieri la decisione clinica di estubare o meno un paziente dopo un intervento di cardiocirurgia.
- *Individuare le convinzioni*: risalire agli orizzonti culturali che possono determinare alcuni comportamenti. Ad es. indagare quali siano le conoscenze e le convinzioni che sottostanno all’educazione terapeutica dei pazienti con scompenso cardiaco prima della dimissione dall’ospedale.
- *Analizzare la routine*: descrivere le prassi correnti per misurarne esiti, correggere difetti e consolidare i punti di forza. Ad es. descrivere come avviene la somministrazione della farmacoterapia in una Unità operativa, monitorarne gli errori e chiedersi se e come avrebbero potuto essere evitati.
- *Costruire local theory*: pratici e ricercatori lavorano insieme per costruire una teoria che spieghi e risolva problemi nati nel contesto locale. Ad es. indagare cosa voglia dire “prendersi cura” di un paziente con disturbi cognitivi in una Riabilitazione neurologica.

Conclusioni

In conclusione, con uno slogan, potremmo dire che la teoria modella la pratica, e questa (con l’aiuto dei pratici) modella la teoria. “Nel migliore dei mondi, la pratica e la teoria avviano un dialogo che crea nuove possibilità” (Benner & Wrubel, 1989, 25).

Ma gli slogan non servono: per una disciplina giovane come l’infermieristica crescere è faticoso perché richiede che tutti, ad ogni livello della professione, assumano una postura critica tanto delle teorie avute in eredità da chi ci ha preceduto, quanto delle proprie stesse prassi, ponendo entrambe alla critica dei colleghi e alla luce dei dati esperienziali e di una riflessività mai paga nella ricerca del meglio per il proprio paziente.

Duilio F. Manara

Prof. Associato di Infermieristica,
Università Vita-Salute San Raffaele Milano

Ospedale San Raffaele srl, Milano

Tel. 02-2643.4941 (2522)

Fax 02-2643.2527

E-mail manara.duilio@hsr.it

www.unihsr.it

Riferimenti

BENNER PE, (1984) *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*, Addison-Wesley, Menlo Park, 1984. Trad. it. *L’eccellenza nella pratica clinica dell’infermiere*, McGraw-Hill, Milano, 2003.

BENNER PE, HOOPER-KYRIAKIDIS P, STANNARD D, (1999) *Clinical wisdom and interventions in Critical Care: a thinking-in-action approach*, W.B. Saunders Company, Philadelphia, PA.

- BENNER PE, TANNER CA, CHESLA CA, (1996) *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics*, Springer Publishing, New York, NY.
- BENNER PE, WRUBEL J, (1989) *The primacy of Caring*, Addison-Weasley, Reading.
- Cavicchi I, (2000) *La medicina della scelta*, Bollati Boringhieri, Milano.
- CAVICCHI I, (2010) "La relazione di cura", In L. BATTAGLIA, I. CARPANELLI, G. TUVERI, eds, *Etica della cura in oncologia*, Carocci, Roma, pp. 41-50.
- CAVICCHI I, (2011) *Una filosofia per la medicina. Razionalità clinica tra attualità e ragionevolezza*, Dedalo, Bari.
- COLLIÈRE M-F, (2001) *Soigner... le premier art de la vie*, 2ème éd, Masson, Paris.
- COLLIÈRE M-F, (1982) *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Inter-Editions, Paris. Trad. it. *Aiutare a vivere, dal sapere delle donne all'assistenza infermieristica*, Sorbona, Milano, 1992.
- DI CENSO A, (2007) "Modelli e strategie per promuovere l'Evidence-based Nursing", Atti, convegno internazionale *Le Sfide emergenti dell'infermieristica*, Trento, 19-20 ottobre 2007.
- EVANS D, (1980) "Ever nurse as researcher: an argumentative critique of principles and practice of nursing", *Nurs For*, 19, pp. 337-49.
- FAWCETT J, NEWMAN B, WALKER PH, WATSON J, (2001) "Saving the discipline – Top 10 unfinished issues to inform the nursing debate in the new millennium", *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), p. 138.
- GADAMER H-G, (1984) *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- GADAMER H-G, *Verità e metodo*, Fabbri, Milano. Ed. orig. *Wahrheit und Methode*, 1960.
- GORDON DR, (1984) "Research application: identifying the use and the misuse of formal models in nursing practice", in Patricia BENNER, *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*, Prentice-Hall, Upper Saddle River, NJ, pp. 225-243.
- GREENWOOD E, (1980) "Contributi alla teoria generale della professionalità", in Gian Paolo PRANDSTRALLER, *Sociologia delle professioni*, Città nuova, Roma, pp. 174-184.
- HENDERSON V, NITE G, (1968) *Principles and practice of nursing*, Macmillan Co, New York.
- LEGA F, (2013) "Oltre i pregiudizi e le mode: natura e sostanza dell'innovazione organizzativa dell'ospedale", in *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto Oasi 2012*, CER GAS, Università Bocconi, Milano, pp. 503-522.
- MANARA DF, (2000) *Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*, Lauri Edizioni, Milano.
- MANARA DF, (2002) "Il conflitto tra teoria e prassi nell'assistenza infermieristica. L'assistenza come saggezza pratica", *Nursing oggi*, n. 3, 2002, pp. 16-28, n. 4, 2002, pp. 18-27.
- MANARA DF, (2007) "Un grimaldello per scardinare le nostre gabbie mentali: la filosofia dell'assistenza infermieristica", *Nursing Oggi*, n. 4, pp. 6-20.
- MORTARI L, (2003) *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*, Carocci, Roma.
- MORTARI L, (2003) *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*, Carocci, Roma.

- MORTARI L, (2007) *Cultura della ricerca e pedagogia. Prospettive epistemologiche*, Carocci, Roma, 2007.
- MORTARI L, (2009) “Comunità di pratiche e apprendimento dall’esperienza”, in Alastra V, Presutti M, eds, *Promuovere e sviluppare comunità di pratica e di apprendimento nelle organizzazioni sanitarie: nuove prospettive per la Formazione Continua in Sanità*, Atti del Convegno della Regione Piemonte, 29-30 ottobre 2009.
- NELSON S, GORDON S, MCGILLION M, (2002) “Save the practice – Top 10 unfinished issues to inform the nursing debate in the new millennium”, *Nursing Inquiry*, July 2002, 9(2), pp. 63-64.
- NONAKA I, TAKEUCHI H, (1997) *The Knowledge Creating Company. Creare le dinamiche dell’innovazione*, Guerini e Associati, Milano. Ed. orig. *The Knowledge Creating Company: how Japanese companies create the dynamics of innovation*, University Press, Oxford, 1995.
- PAESE A, DALPONTE A, MANARA DF, MAROGNOLLI O, MOTTA P, TOMIETTO M, GALOPPI G, ET AL., (2008) “Dalle competenze-esito al piano di studi del CL in Infermieristica. Una proposta orientata ai *learning outcomes*”, *Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia*, n. 42, pp. 1798-1803.
- POLANYI M, (1973) *Lo studio dell’uomo*, Morcelliana, Brescia. Ed. orig. *The study of man*, Routledge and Kegan Paul, London, 1959.
- POLANYI M, (1979) *La conoscenza inespressa*, Armando, Roma. Ed. orig. *The tacit dimension*, Doubleday and Co, New York, 1966.
- POLANYI M, (1990) *La conoscenza personale*, Rusconi, Milano. Ed. orig. *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*, 1958.
- POPPER KR, (1970) *Logica della scoperta scientifica*, Einaudi, Torino.
- POPPER KR, (1995) *Il mito della cornice*, Il Mulino, Bologna.
- SCHÖN DA, (2006a) *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Dedalo, Milano.
- SCHÖN DA, (2006b) *Formare il professionista riflessivo. Per una nuova prospettiva della formazione e dell’apprendimento nelle professioni*, Franco Angeli, Milano.
- SHEIN E, (1973) *Professional Education*, McGraw-Hill, New York.
- VENTURINI G, PULIMENO AML, COLASANTI D, BARBERI S, SFERRAZZA S, DE MARINIS MG, (2012) “Validazione linguistico-culturale della versione italiana del questionario sulle competenze infermieristiche del progetto Tuning Educational Structures in Europe”, *L’infermiere*, n. 3, pp. e39-e48.
- WENGER E, (2006) *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*, Raffaello Cortina, Milano. Ed. orig. *Communities of practice: learning, meaning and identity*, Cambridge University Press, New York, 1998.
- WENGER E, MC DERMOTT R, SNYDER WM, (2007) *Coltivare comunità di pratica. Prospettive ed esperienze di gestione della conoscenza*, Guerini e associati, Milano.
- WHO, (2005) *Knowledge Management Strategy*, <http://www.who.int/kms/en/>

TECNICHE COMPLEMENTARI – Setting Q, P.O. Misericordia GR

Antonella Bigazzi, Infermiera

OBIETTIVO DEL PROGETTO

Introduzione di Tecniche Complementari in ambiente sanitario sia ospedaliero che territoriale nell'ottica della Medicina Integrata con l'obiettivo di:
promuovere una efficace Relazione Terapeutica di natura Olistica come espressione del “prendersi cura” in un rapporto di scambio attivo tra i soggetti coinvolti che consenta la percezione di una condizione di benessere e di soddisfazione sia dell'utente che riceve un trattamento che dell'operatore che lo somministra.

PRENDERSI CURA DEI PAZIENTI E DEGLI OPERATORI SANITARI

Le Tecniche Complementari si possono definire come interventi specifici di natura clinico-assistenziale che si avvalgono di sapere e abilità acquisiti e mantenuti attraverso percorsi formativi e proposti come parte integrante di un piano di cura o in autonomia professionale.

La strategia mondiale di Medicina Tradizionale dell'OMS 2014-2023 tende a favorirne l'integrazione, la regolamentazione e la supervisione, tale da permettere di adeguarsi e rispondere alla tendenza dei pazienti ad essere sempre più parte attiva nei confronti della propria salute.

L'Infermieristica come Scienza Olistica risponde perfettamente ai requisiti della Medicina Complementare e Integrata.

Gli Infermieri di tutto il mondo sono consapevoli di questo movimento culturale e sono spesso i principali innovatori verso l'approccio sanitario complementare. Nel rispetto del diritto di scelta dei pazienti, possono proporre pratiche adeguate alla propria formazione e responsabilità.

Le tecniche sono numerose, tante quante i bisogni umani e le risposte che siamo in grado di offrire. I pazienti, ad oggi, possono diventare protagonisti del proprio percorso di cura alla pari degli operatori sanitari in reciproca consapevolezza e responsabilità, ad esempio attraverso:

Respiro Addominale: il Respiro nella vita quotidiana viene ignorato, se invece ci prestiamo attenzione Respiro, Corpo e Mente si uniscono prendendosi cura di noi stessi.

L'esperienza di sperimentazione del Respiro Addominale nella gestione dell'ansia e del dolore eseguita nel 2012 in Area Medica dell'Ospedale Misericordia su n. 50 pazienti con controllo della Pressione arteriosa e del battito cardiaco ha condotto a risultati positivi superiori al 10% previsto dalla verifica finale dell'Indicatore.

Il paziente ha manifestato fiducia nell'Operatore e nella Struttura Sanitaria con predisposizione ad un migliore risultato terapeutico.

L'Infermiere, reso consapevole e predisposto all'utilizzo di una modalità semplice, in autonomia, a costo zero e con elevata efficacia, può percepire una riduzione dello stress da lavoro correlato.

Qi Gong: l'attenzione al Respiro conduce a sperimentare movimenti propedeutici a questa Arte Marziale Interna che letteralmente significa “*lavoro sull'energia*”. Attraverso movimenti semplici di complessità modulata e armoniosa, permette, attraverso una pratica continuativa, di recuperare e mantenere l'equilibrio psicofisico energetico e quindi la salute.

Tecniche di Meditazione: la Meditazione è l'arte di fermare ogni attività mentale e l'utilizzo di tecniche meditative permette di sviluppare la consapevolezza nell'osservare ciò che c'è al momento: il corpo, il respiro, sentimenti ed emozioni. Se fermiamo la mente il risultato è uno stato di quiete, ma anche di piena vigilanza di noi stessi e dell'ambiente che ci circonda.

Con-tatto: attenzione e cura nel toccare le persone. Il Tocco crea una "relazione" in ogni pratica infermieristica dalla più semplice alla più elaborata come il Tocco-massaggio; conduce a imparare a gestire l'esperienza di accoglienza, di comunicazione, rilassamento e gestione del dolore.

Moxicombustione, Auricoloterapia, TuiNa: la Medicina Tradizionale Cinese propone approcci alla gestione della terapia del dolore in cui l'Infermiere formato può porsi come valido competente.

Moxibustione con applicazione di calore con bastoncini di artemisia.

Auricoloterapia su padiglione auricolare come microsistema somatico.

TuiNa come massaggio manuale esterno lungo il percorso dei canali energetici e dei punti di agopuntura.

PROPOSTE PROGETTUALI

Incremento sperimentazione con i pazienti. Registrazione in Cartella Infermieristica delle tecniche adottate e del loro risultato riferito.

Formazione di gruppi di condivisione di esperienze e conoscenze.

Formazione universitaria di base e formazione continua per rendere compatibili le diverse tecniche con le forme di cura e armonizzarle con i sistemi organizzativi della Struttura Sanitaria.

IL SEE & TREAT PEDIATRICO - Pronto Soccorso, P.O. Misericordia, GR

Elisabetta Carone (1), Di Gregorio Mario (1), Di Sarno Patrizia (1), Pucillo Gerardo (1), Salti Paola (1), Pettini Sara (1), Biagi Federica (1), Montanelli Luana (1), Allegro Monica (1), Petrocchi Laura (1), Castorina Francesco (1), Malacarne Rita (2) , Donati Elisa (3), Falorni Susanna (4)

(1) Infermiere; (2) Infermiere responsabile area funzionale; (3) Medico; (4) Direttore Medico

INTRODUZIONE

L'attuale contesto socio-economico-culturale ha portato a modificare la domanda sanitaria pediatrica.

Le richieste sanitarie per essere soddisfacenti devono essere efficaci, efficienti, ma soprattutto tempestive e tutto questo si raggiunge grazie a un'ottima integrazione tra assistenza territoriale e assistenza ospedaliera.

Da qui parte l'esigenza di modificare i modelli organizzativi sanitari nelle aree pediatriche dei Pronto Soccorsi dove si gestiscono non solo le emergenze/urgenze, ma tutta una serie di problematiche non urgenti, ma che vengono percepite come tali dalla famiglia.

Per modificare le organizzazioni è necessario far crescere le persone che le compongono sia con la motivazione sia professionalmente, queste sono state le basi che hanno portato a progettare il percorso di S&T Pediatrico, proprio sulla scia dell'esperienza dell'adulto.

Tutto parte dal Decreto Regionale n.1136/2012 dove viene approvato "la sperimentazione del modello S&T nei Pronto Soccorso del Meyer e ASL9.

Con la Delibera Aziendale n. 396 14/08/2013 viene approvato il progetto nella nostra Azienda

OBIETTIVO

Istituzionalizzare il modello organizzativo del see and treat pediatrico fornito da infermieri esperti.

MATERIALI E METODI

Studio osservazionale descrittivo , durata prevista dal 14/08/2013 al 31/12 /2014, le fasi pianificate e propedeutiche all'avanzamento del progetto sono state :

- Formazione
- Stesura e revisione protocolli infermieristici
- Sperimentazione

1° Formazione

Negli anni 2013/2014 sono stati garantiti 2 eventi formativi per tutti gli infermieri afferenti all'area del P.S.P. con il raggiungimento delle performance per ogni partecipante, nello specifico nel 2013 è stata effettuata la formazione per l'area clinico assistenziale e organizzativa, in aula per un totale di 14 ore.

La formazione è stata garantita da docenti esterni all'Azienda ASL9 con esperienza nel settore emergenza/urgenza.

Nel 2014 è stata effettuata la formazione per l'area tecnico professionale in aula per un totale di 24 ore, garantita da docenti interni all'Azienda con esperienza nel settore Pediatrico e dell'emergenza/urgenza.

2° Stesura e revisione protocolli infermieristici

Sono stati stilati e revisionati tutti i protocolli operativi di riferimento per le patologie trattabili in SeT per la popolazione pediatrica.

Nello specifico i protocolli stilati sono:

- Avulsione dente deciduo e trauma della bocca isolato e senza ferite associate
- Balanopostite
- Congiuntivite infettiva non virale isolata
- Eritema da pannolino
- Estrazione di corpo estraneo superficiale
- Ferite superficiali e abrasioni
- Odontologia

- Pediculosi
- Problematiche inerenti l'ombelico
- Problematiche inerenti all'allattamento
- Pronazione dolorosa
- Protocollo trasversale gestione del dolore
- Protocollo trasversale gestione della febbre
- Reazione cutanea localizzazione da puntura d'insetto
- Rimozione anello
- Rimozione punti di sutura
- Morsi di zecca
- Rinite acuta
- Rottura valva gessata
- Sospetta ingestione di sostanza sconosciuta
- Stipsi
- Sudamina o miliaria
- Ustione da contatto
- Ustioni minori.

Questa fase ha previsto anche uno scambio di esperienza con l'Azienda Ospedaliera Meyer di Firenze allo scopo di uniformare i comportamenti infermieristici.

In questa fase tutti gli infermieri hanno partecipato attivamente, producendo oltre che protocolli anche schede informative da consegnare al momento della dimissione.

3° Sperimentazione Clinica

Durante l'orario di servizio, gli infermieri partecipanti allo studio, garantiscono l'attività di S&T con il tutoraggio del medico presente, con documentazione formale dell'avvenuta prestazione

RISULTATI

La formazione ha visto una performance di risultato per tutti i partecipanti pari al 100%

Stesura e revisione protocolli infermieristici : sono stati revisionati e prodotti i 24 protocolli previsti per le patologie oggetto del see&treat infermieristico .

Sperimentazione :

La performance di tutti i professionisti è stata ritenuta ottima dai medici tutor con il raggiungimento dell'obiettivo qualitativo del 100%.

La casistica, dopo un proseguimento della sperimentazione è stata : dal 01 ottobre 2014 al 30 settembre 2015 è stata di 566 accessi trattati secondo il percorso di S&T pediatrico e nello specifico la casistica più frequente è stata : ferite superficiali 296, ustioni superficiali 77, eritema da pannolino 20, puntura di animale marino 10

CONCLUSIONI

Questo modello organizzativo, ha dimostrato un miglior utilizzo delle risorse professionali, una riduzione dei tempi d'attesa per i codici minori con diminuzione del rischio di sovraffollamento della sala d'attesa, maggiore autonomia e responsabilità all'infermiere in linea con il profilo professionale.

I punti di forza dello studio sono stati : collaborazione medico infermiere; bench marking con altre strutture od esperienze similari.

Riferimenti: Elisabetta Carone, Infermiera. elisabetta.carone@uslsudest.toscana.it

LA SIMULAZIONE COME STRUMENTO FORMATIVO IN PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO

Pronto Soccorso, P.O. Misericordia GR

Francesco Castorina (1), Elisabetta Carone (1), Fabio Ugolini (1), Rita Malacarne(2), Luca Bertacca (3), Francesca Bonsignori(3)

(1) Infermiere, (2) Infermiere responsabile area funzionale, (3) Medico

L'arrivo di un paziente pediatrico critico in un Dipartimento di Emergenza-Urgenza rappresenta sempre un momento di forte stress per tutti coloro che vengono coinvolti. In particolare, in un ospedale di secondo livello, in cui le risorse devono spesso essere integrate, la gestione del paziente pediatrico critico interessa più figure professionali, non sempre abituate a lavorare insieme.

Indipendentemente dal grado di specializzazione pediatrica del personale e dalle risorse umane e strumentali disponibili è esperienza comune di tutti coloro che lavorano in questo campo la percezione di ansia, di sentirsi inadeguati nel gestire le fasi di un'urgenza pediatrica, il timore di commettere errori e di non essere sufficientemente rapidi ed efficaci. Tali errori, soprattutto nella gestione del paziente pediatrico, non sono legati a carenza di conoscenze teoriche o di abilità pratiche ma alla distanza che si forma tra tali conoscenze (poco impiegate in un ospedale con casistica composta prevalentemente da pazienti adulti) e la capacità dei singoli operatori di metterle in pratica in team. Proprio dalla presa di coscienza di tali problematiche e dall'esigenza di acquisire sicurezza nella gestione multi specialistica di un evento pediatrico in "codice rosso" è nata la richiesta da parte del personale del Pronto Soccorso Pediatrico dell'Azienda Sanitaria di Grosseto di formarsi adeguatamente e continuamente. La modalità formativa della simulazione nell'ambito della gestione del paziente critico pediatrico sta acquisendo negli ultimi anni sempre maggiore rilievo, nonostante sia realizzata di fatto solo in pochi centri italiani. Per simulazione si intende un modello della realtà che consente, azzerando il rischio per il paziente, di valutare, prevedere e gestire una serie di scenari, rari nella pratica clinica, che derivano dall'impostazione di determinate variabili da parte di un facilitatore. Questa metodologia si basa sui principi del CRM (Crisis Resource Management) e consente di presentare e ripetere uno scenario clinico fornendo ai discenti non solo l'opportunità di applicare conoscenze ed abilità tecniche di base, ma di apprendere in maniera "pratica" competenze non tecniche come la collaborazione in team, la comunicazione, l'utilizzo adeguato delle risorse e la leadership. L'errore e l'esperienza sono elementi indispensabili di tale processo formativo così come la fase di debriefing, in cui, dopo la messa in atto dello scenario, vengono analizzate emozioni, sensazioni ed esecuzioni di coloro che hanno partecipato alla simulazione. Il progetto di simulazione in area critica pediatrica è nato, presso l'Azienda Sanitaria di Grosseto nel 2011 con i seguenti obiettivi:

- conoscere l'ambiente e gli strumenti di lavoro
- acquistare abilità pratiche complesse nella gestione del paziente critico
- mantenere competenze di base ed avanzate
- gestire efficacemente le risorse e saper attivare il Medical Emergency Team
- distribuire ruoli e compiti
- esercitare il ruolo di Leader
- migliorare l'efficacia della comunicazione

Le simulazioni in situ vengono organizzate ciclicamente presso i locali del Pronto Soccorso dell'Azienda Sanitaria grossetana da un gruppo di dipendenti che nel tempo si sono qualificati in tal senso con un percorso formativo specifico. Vengono coinvolti a rotazione personale medico, infermieristico, medico multi specialista, provenienti dal Pronto Soccorso generale, quello pediatrico, dalla Rianimazione, dal 118 e dalla Radiologia. Il ruolo dei facilitatori è svolto dagli stessi istruttori. I manichini utilizzati hanno un livello di fedeltà media (Laerdal).

Ogni sessione ha una durata media di 6 ore suddivise in 3 fasi. La prima è composta da un briefing teorico all'interno del quale vengono postulati gli obiettivi della simulazione e le regole di ingaggio dei discenti coinvolti (patto di simulazione). Segue la fase dello scenario: viene simulata un'attivazione da parte del 118 con presentazione breve del caso. Il gruppo ha a disposizione qualche minuto per definire i ruoli e l'organizzazione di lavoro, organizzare i materiali e gli ambienti e l'attivazione del personale afferente da altre strutture. Giunto il "paziente", il Team gestisce lo scenario avendo a disposizione gli stessi spazi e materiali utilizzati nell'attività lavorativa quotidiana. Può eseguire procedure di routine, tecniche invasive, chiedere e ricevere consulenze specialistiche. Durante i vari tempi dello scenario simulato viene compilata da un componente del gruppo una scheda dei parametri vitali e di registrazione delle decisioni e delle azioni intraprese sulla base della sequenza ABCDE, allo scopo di monitorare l'efficacia del Team.

I facilitatori assistono alla scena, effettuando una ripresa video, fornendo risposte di esami ematici e radiologici, forniscono informazioni cliniche quando il simulatore non è in grado di mostrarne. Al termine della simulazione il personale si riunisce nuovamente per la fase di debriefing, fondamentale nel processo formativo. In questo momento, dopo aver proiettato il video della simulazione appena eseguita, ogni componente del gruppo è invitato ed esprimere sensazioni e sentimenti positivi e negativi. Successivamente, con l'ausilio della scheda di rilevazione e registrazione, vengono riportate in Feedback le decisioni e le azioni intraprese, con revisione del protocollo e breve pillola clinica del caso in esame. Va precisato come il debriefing rappresenti il momento più importante della simulazione, in quanto permettere di riesaminare il caso non solo e non tanto dal punto di vista delle azioni cliniche e delle abilità tecniche ma proprio dal punto di vista delle attitudini comportamentali. In tale sede i facilitatori lasciano uno spazio a ognuno dei discenti per esprimere le proprie sensazioni di adeguatezza o di disagio rispetto al caso proposto ed al proprio ruolo nel Team. Fino ad oggi sono state messe in atto 15 edizioni formative per un totale di 157 discenti fra Medici ed Infermieri del Pronto Soccorso, Pronto Soccorso pediatrico, Rianimazione, 118 e Radiologia. E' stato inoltre portato a termine un progetto per la formazione di 24 istruttori/facilitatori al fine di incrementare esponenzialmente il numero del Team di organizzazione delle simulazioni all'interno delle varie unità operative facenti parte del progetto.

Prima dell'attuazione del progetto è stato somministrato, a tutto il personale coinvolto, un questionario di autovalutazione basato sulla sicurezza di sé, sulla conoscenza dell'ambiente e delle risorse, sulla collaborazione e la richiesta di aiuto. Lo stesso questionario viene nuovamente proposto al personale quando ogni componente avrà preso parte ad almeno una simulazione. Durante lo svolgimento delle sessioni abbiamo riscontrato alcune criticità comuni: conoscere la locazione delle risorse, saper comunicare in maniera efficace, saper usare tutti gli strumenti e le risorse disponibili, saper esercitare il ruolo di Leader distribuendo correttamente ed equilibratamente ruoli e compiti, saper gestire l'ansia e lo stress ed infine evitare comuni errori di fissazione. Per fronteggiare tali problematiche sono stati rivisti ed applicati i principi di CRM: conoscere l'ambiente e gli strumenti di lavoro, rivalutare ripetutamente, effettuare controlli doppi e crociati, imparare a comunicare in maniera assertiva. Da un punto di vista organizzativo abbiamo riconosciuto alcune manovre e situazioni cliniche che richiedono maggiore attenzione formativa ed eventualmente la redazione di protocolli specifici. Abbiamo così imparato ad organizzare rapidamente l'ambiente, distribuire i ruoli, gestire le risorse, comunicare efficacemente in Team, collaborare con tutte le figure professionali, gestire l'ansia e l'emotività create dall'evento.

La valutazione dell'efficacia del progetto formativo che utilizza la tecnica della simulazione è complessa e si può avvalere della rilevazione di alcuni outcome clinici e di dati statistici quali percentuale di decessi, tempo di risposta intercorrente tra segnali di allarme e prima risposta, appropriatezza e numero delle richieste di consulenza ecc. In attesa dei risultati dell'analisi di tali parametri derivanti dall'esperienza grossetana riportiamo un elevato gradimento da parte di tutti i partecipanti ed in particolare la percezione di una maggiore sicurezza di sé nella gestione multidisciplinare del paziente critico. Formarsi è non solo utile ma necessario, soprattutto nel campo dell'emergenza pediatrica. La simulazione rappresenta un ottimo strumento per abbattere le barriere pregiudiziali che spesso dividono i vari specialisti e per imparare a

lavorare in gruppi multidisciplinari integrandosi nelle varie competenze. Questa metodologia formativa è efficace e realizzabile anche in centri di secondo livello e con risorse limitate. Non sono necessari, almeno inizialmente, costosi mezzi tecnologici, né ampi spazi dedicati; la componente indispensabile è la volontà di migliorare lavorando insieme per i nostri piccoli pazienti

Riferimenti: Francesco Castorina, Infermiere. Francesco.castorina@uslsudest.toscana.it

ADOZIONE DEL MODELLO PRIMARY NURSING PER L'ASSISTENZA NELL'OSPEDALE PER INTENSITA' DI CURA, IMPLEMENTAZIONE DELLA TASSONOMIA NIC NELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA E SPERIMENTAZIONE DI PIANI DI ASSISTENZA STANDARD CON TASSONOMIA NIC NOC E NANDA

AREA FUNZIONALE MEDICA, P.O. Misericordia, GR

Romina Chechi (1), Michela Scognamiglio (1)

(1) Infermiere

Questo progetto ha coinvolto 90 infermieri, 25 oss e 6 coordinatori infermieristici afferenti a 5 setting di area funzionale medica (4 di medio bassa intensità di cura, 1 di medio alta intensità di cura). Tale progetto li ha resi protagonisti di 5 mesi di formazione sul nuovo modello Primary Nursing e sui suoi principali strumenti operativi e 3 mesi di tirocinio on the job per la sperimentazione dei piani di assistenza con tassonomia Nic Noc Nanda per un totale di 1620 ore circa.

Il primo step è stata la revisione completa della cartella infermieristica che è stata resa funzionale alla presa in carico dell'assistito e vi è stato introdotto il linguaggio della tassonomia NIC (Nursing Intervention Classification) per descrivere le attività quotidiane; contemporaneamente si è implementato l'utilizzo della lavagna Planning quale strumento operativo del modello Primary Nursing. Ogni setting è stato gradualmente inserito nel progetto dopo opportuna formazione. Durante questo periodo sono state apportate modifiche alla cartella infermieristica in base ai feedback degli sperimentatori.

La seconda fase ha visto la sperimentazione on the job di 8 piani di assistenza elaborati su 6 modelli Gordon. Ogni piano di assistenza è stato realizzato con la tassonomia Nic Noc e Nanda e prevede una prima parte di validazione della diagnosi infermieristica, la valutazione tramite indicatori e scale Linkert di riferimento, la pianificazione degli interventi, la loro attuazione e rivalutazione.

Riferimenti: Romina Chechi, Infermiera. Romina2.chechi@uslsudest.toscana.it

IL PERCORSO DEL PRELIEVO EMATICO NEI MINORI E NEI PAZIENTI FRAGILI

- Cure Primarie Zona 3, Amiata Grossetana, GR

Lucia Ciuffoletti (1)

(1) Infermiera Coordinatore

Premessa

Il prelievo di sangue nei bambini/pazienti fragili può essere molto difficoltoso da eseguire, date le piccole dimensioni dei vasi e/o lo stato di salute a volte precario; inoltre, i bambini possono avere un aumento della sensibilità e risposte prolungate al dolore rispetto alla popolazione "adulta ". Fattori che possono influire sulle risposte al dolore sono l'età, la paura, precedenti esperienze dolorose e procedure invasive particolari. Se i genitori sono i primi ad agitarsi per il prelievo, il bambino percepirà l'eccezionalità della situazione e la vivrà probabilmente in maniera conflittuale. A fronte di quanto sopra esposto, l'esecuzione del prelievo nella sala prelievi può richiedere un tempo maggiore causando ritardi e disagio sia per i pazienti sopraccitati che per gli altri utenti .

Scopo

La U.F Cure Primarie intende garantire un percorso sui prelievi ematici nei minori e pazienti fragili con l'obiettivo di effettuare la procedura dell'accesso venoso in sicurezza e con un approccio meno traumatizzante; a tale scopo esplicita le modalità operative da adottare in caso di richieste di prelievo nei soggetti sopraccitati attuabile con accessi su programmazione in collaborazione con i MMG e Pediatri di famiglia .

Obiettivo

- definire il percorso e le responsabilità dell'attuazione prelievi ematici nei minori e pazienti fragili
- definire le modalità informazione all' utenza a seguito di richieste di prelievo ematico(può essere utile chiedere se e quale giocattolo il paziente vuole portare con se.)
- standardizzare le modalità operative degli infermieri che operano sul territorio relativamente al prelievo venoso
- garantire l' efficienza dell'ambulatorio Infermieristico e della sala prelievi di Castel del Piano

Applicabilità

Ambulatorio Infermieristico di Castel del Piano

Operatori sanitari coinvolti

MMG, Pediatra di famiglia, Infermieri Assistenza Infermieristica domiciliare/ambulatoriale, Infermiere Coordinatore U.O. Cure Primarie, Laboratorio analisi, Responsabile U.F. Cure Primarie Coordinatore Sanitario, Responsabile Ass. Inf.Territoriale.

Modalità operative

- Il MMG e/o il Pediatra che effettua la richiesta di prelievo ematico al minore da 0 ai 10 anni e/o paziente fragile informa il familiare che la prestazione può essere effettuata presso l'ambulatorio Infermieristico di Castel del piano previo appuntamento
- La prenotazione si effettua contattando l'Operatore al numero di telefono.
- L'operatore avverte i familiari che la richiesta deve essere accettata allo sportello CUP prima dell'esecuzione del prelievo e che tali pazienti hanno la precedenza informando gli operatori dello sportello
- L' Operatore istituisce un agenda per gestire gli appuntamenti e registra sulla stessa la prenotazione informando il coordinatore infermieristico che provvede ad organizzare le attività di lavoro.
- La mattina del prelievo l'Infermiere al piano con il supporto degli operatori della Sanità di iniziativa prende in carico l'utente accompagnato da un familiare, con la richiesta già accettata e lo accompagna presso i locali dell'ambulatorio infermieristico dove effettua il prelievo ematico

OSSERVATORIO ULCERE DA PRESSIONE: QUATTRO ANNI DI ESPERIENZA – OSSERVATORIO LESIONI DA PRESSIONE E FERITI DIFFICILI

Osservatorio lesioni da pressione e ferite difficili, GR

Ivana Lucentini (1) Mariarita Pagni (2); Edgardo Norgini (2) Aldo Conti (2)

(1) Infermiere coordinatore (2) Infermiere esperto

☒ La problematica che viene ad evidenziarsi è quella di una costante presenza di Ulcere da Pressione nei vari setting , sia di degenza che territoriali , non tendenti ad una diminuzione, con conseguente aumento dei costi assistenziali (vedi delibera Regione Toscana n°568 del 31/05/2010) ed un aumento delle problematiche sociali che comportano (familiari , lavorative , di relazione ecc.). Aumento dei carichi assistenziali sia a livello di ricovero , ma soprattutto a livello territoriale. Si decide così di procedere alla stesura del presente progetto che descrive le azioni e la tempistica con cui creare un osservatorio per le Ulcere da Pressione.

Con la pubblicazione della delibera n° 530 del 30/11/2011 , l'Azienda Usl 9 Grosseto, istituisce l'Osservatorio Ulcere da Pressione seguendo la volontà regionale già espressa con la delibera GRT 1005 del 01/12/2008.

Il percorso operativo iniziato nel gennaio del 2012 ha visto crescere, all' interno dell'Azienda, l'Osservatorio per le lesioni da pressione quale struttura in grado di rispondere ai bisogni di formazione e consulenza nella prevenzione e nel trattamento delle lesioni da pressione. L'attività è erogata da uno staff composto, per la parte clinica, da tre infermieri specialisti e esperti in wound care con conoscenze e competenze necessarie e, per la parte gestionale, da un infermiere coordinatore.

Attività formativa: sono stati formati 474 infermieri dei quali: 424 con formazione d'aula con l'obiettivo di far accrescere competenze specifiche rispetto a valutazione prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione; 50 afferenti al servizio territoriale in formazione on the job con l'obiettivo di renderli autonomi nella scelta della medicazione appropriata.

Attività di consulenza: sono state erogate 451 consulenze delle quali il 46,3% nel corso del 2015, Nel computo totale la maggior parte delle richieste proviene dal P.O. Misericordia, ma nel 2015 il dato è in controtendenza con un 50,74% di richieste provenienti dal territorio

Monitoraggio: dall'analisi delle consulenze erogate, le lesioni a carico del distretto sacrale rappresentano il 45% seguite da quelle del tallone con il 24% . Le lesioni di III e IV grado rappresentano il 74% e il 24,31% del totale lesioni sono multifocali.

Dall'indagine condotta all'interno dei setting assistenziali dell'Azienda Usl 9 a fine 2015 emerge che l'incidenza di nuove ulcere da pressione nei soggetti a rischio è del 2,6%, la valutazione dell'indice di rischio con somministrazione della scala di Braden all'ingresso è pari al 94,7%, mentre l'uso di PAD si sta allineando verso il cut off regionale con 82,4%. I pazienti dimessi con prescrizione specifica si attestano al 96,9%.

Riferimenti: osservatorioudp@usl9.toscana.it

SAV – SCHEDA ACCOGLIENZA E VALUTAZIONE

Area funzionale medica, P.O. Misericordia - GR

Giuliana Del Castello (1) Francesca Lombi (1) Giuseppina Miccoli (1); Ambra Donato (1)

(1) Infermiere

OBIETTIVO DEL PROGETTO

Elaborazione di un percorso infermieristico per la valutazione della complessità assistenziale e successiva collocazione della persona nel setting appropriato

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Con l'adozione del modello per intensità di cura si è resa necessaria la elaborazione di uno strumento operativo che coadiuvasse la nuova organizzazione dell'assistenza.

Infatti, questo nuovo approccio supera la visione d'organo che il reparto mono-disciplinare tendeva ad esprimere tramite la realizzazione di “aree di ricovero mediche” graduate per intensità di cure (bisogno assistenziale/severità clinica). Viene meno quindi la gestione rigida dei reparti che attribuiva alle unità operative spazi e posti letto prefissati.

Essendo la complessità assistenziale il nuovo parametro per la collocazione dei pazienti, l'infermiere è il professionista più competente per l'individuazione di tale aspetto. Oltre a ciò si pone a garanzia di un percorso di sicurezza della persona in collaborazione con il medico che definisce la severità clinica.

Lo strumento operativo elaborato, atto a valutare i bisogni assistenziali è la scheda di accoglienza e valutazione (SAV). Attualmente la SAV misura 14 parametri (mobilitazione; integrità cutanea; igiene; alimentazione e idratazione; diuresi; alvo; respirazione; condizioni mentali; gestione terapeutica e medicazioni; dolore; saturazione; pressione arteriosa; frequenza cardiaca; temperatura corporea), ad ogni parametro corrisponde un punteggio (min. 1 – max. 3) che determina uno score finale: da 14 a 26 medio bassa intensità di cura, da 27 a 36 medio alta intensità di cura.

Ovviamente la scheda SAV si utilizza anche nei casi in cui per un peggioramento o miglioramento delle condizioni della persona (complessità assistenziale/severità clinica) si renda necessario un trasferimento da setting a setting.

Al percorso SAV è assegnato un personale infermieristico dedicato (infermiere SAV) il quale oltre a valutare la complessità assistenziale e la corretta collocazione della persona nel setting/letto giusto, gestisce i posti letto in AF Medica (trasferimenti/ricoveri/dimissioni), comunicando mediante il programma visual hospital.

L'infermiere SAV, infatti, si reca al pronto soccorso dove compila la scheda SAV (supportato anche dall'infermiere di PS) e determina in collaborazione con il medico la collocazione della persona in relazione al binomio complessità assistenziale/severità clinica. Prende contatti con l'infermiere tutor del setting di destinazione e con il medico tutor, predisponendo tutte le risorse necessarie al trasferimento. L'infermiere Sav, rappresenta quindi un “facilitatore” del percorso di ricovero e di dimissione, attraverso il passaggio corretto delle informazioni tra le varie figure che prendono in carico la persona, ciò favorisce il percorso di cura fin dal primo momento.

Pertanto, l'infermiere SAV è garante della corretta gestione dei posti letto di tutta l'area medica secondo principi di razionalizzazione delle risorse e qualità dell'assistenza.

Il percorso Sav rappresenta una specie di “filtro” interposto tra l'AF Medica ed il Pronto Soccorso/Aree Funzionali, tale da garantire la corretta collocazione della persona, sia che si tratti di un trasferimento interno o presso altri Presidi Ospedalieri.

Il riconoscimento ed il consolidamento del percorso infermieristico della SAV è stato un processo lungo dove spesso abbiamo affrontato ostacoli e solo grazie alla determinazione di tutta l'equipe infermieristica è a tutt'oggi il riferimento per i ricoveri in area medica. La scheda SAV è sottoposta a continue revisioni e validazioni. Ad affiancare l'infermiere SAV nelle sue attività gestionali-organizzative ci sono anche strumenti aziendali informatizzati (ad esempio Visual Hospital) che aprono a prospettive di sviluppo per questo importante percorso infermieristico.

Riferimenti: giuliana.delcastello@uslsudest.toscana.it

REALIZZAZIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO PER L'INSERIMENTO PICC

Setting "R", P.O. Misericordia - GR

Giuliano Lombi (1) Simona Petrucci (1) Manuela Faenzi (1); Lucia Nicoletti (1); Roberto Vittorio Martinelli (2); Carmelo Bengala (3); Beatrice Pisani (4); Margherita Schipani (2)

(1) Infermiere (2) Infermiere Coordinatore (3) Direttore Medico (4) Responsabile Infermieristico di area funzionale

OBIETTIVO DEL PROGETTO

Con il progetto proposto si vuole organizzare un Picc-Team infermieristico per dare una migliore risposta assistenziale ai pazienti in fase di malattia oncologica, per terapie di supporto, infusione di emoderivati, nutrizione parenterale.

Il progetto si prefigge di:

- migliorare la gestione in ambito ospedaliero e domiciliare degli accessi venosi dei pazienti il cui patrimonio venoso periferico risulta essere depauperato e/o non sufficientemente idoneo per infusioni ipertoniche, somministrazione di farmaci basici, acidi, vescicanti o irritanti sull'endotelio;
- ridurre le infezioni CVC correlate con riduzione della spesa farmaceutica;
- abbattere i costi degli accessi venosi, CVC e PORT con l'inserimento dei PICC per i quali non necessitano spese di sala operatoria e anestesista;
- incrementare l'utilizzo dei CVC ad inserzione periferica (PICC) rivolto in modo specifico alle terapie intensive, oncologiche ed ematologiche ottimizzando l'impiego delle risorse dedicate al servizio;

Riferimenti: giuliano.lombi@uslsudest.toscana.it

IL SEE & TREAT INFERMIERISTICO - Pronto Soccorso, P.O. Misericordia GR

**Francesco Ronchese (1), Fabio Ugolini (1), Silvia Fionovelli (1), Sabrina Mancini (1), Monica Vichi (2) ,
Francesca Bognomini (1) , Simone Geraci (3), Mauro Breggia (4)**

(1) Infermiere (2) Infermiere Coordinatore (3) Medico (4) Direttore Medico

INTRODUZIONE

Spesso molti dei casi clinici che affollano i Pronto Soccorso sono ascrivibili ad una media o bassa priorità ed è proprio sul trattamento di questi ultimi che si deve focalizzare la nostra attenzione per cercare di risolvere il problema del crowding ed overcrowding.

Una delle possibili soluzioni studiata e provata “sul campo” in alcuni Pronto Soccorso della regione Toscana, è stato il modello SEE AND TREAT.

Si tratta di un percorso specifico che deriva da un modello organizzativo inglese (guarda e tratta) dove infermieri accuratamente formati ed in base alle loro competenze acquisite gestiscono e garantiscono risposte adeguate alle problematiche cliniche di natura minore e che non richiedono accertamenti diagnostici e strumentali.

L’infermiere di “See and Treat” si configura come un infermiere esperto, adeguatamente formato, che opera nel rispetto di protocolli clinico-assistenziali condivisi tra medici ed infermieri

OBIETTIVO

Istituzionalizzare all’interno del Pronto Soccorso il percorso see and treat infermieristico fornito da infermieri esperti e certificati per la gestione dei codici minori.

MATERIALI E METODI

Il progetto che ha avuto inizio nell’ Aprile 2010, ha previsto uno studio osservazionale e le fasi pianificate e propedeutiche all'avanzamento del progetto sono state :

- Formazione
- Sperimentazione operativa presso alcuni Pronto Soccorso individuati a livello Regionale
- Analisi dei risultati
- Indagine di soddisfazione
- Certificazione
- Ulteriore sperimentazione

1° Stesura protocolli infermieristici

Istituzione del Gruppo di Lavoro Regionale per la stesura di protocolli per i percorsi infermieristici di S&T. Sono stati individuati inizialmente 49 protocolli clinici d’intervento.

2° Formazione

Obiettivo acquisizione di specifiche competenza pratiche per attuare una vera e propria formazione sul campo durante la sperimentazione. La formazione d’aula è stata di 180ore con 3 aree tematiche : Area Clinico Assistenziale ed Organizzativa: gestire il paziente nell’area di see&treat, Area Tecnico Professionale Operativa : gestire la casistica minore su protocolli, Area Etico Relazionale : gestire gli aspetti relazionali e comunicativi in rapporto all’equipe ed al paziente. Con valutazione di performance.

3° Sperimentazione operativa presso i Pronto Soccorso individuati a livello Regionale

La sperimentazione è stata svolta dagli infermieri coinvolti e formati a livello teorico, per un totale di 6 mesi, con invio dei dati al centro di riferimento Regionale per l'analisi statistica.

4° Indagine di soddisfazione

E' stata svolta da Istituto terzo certificatore dopo la fine della sperimentazione con risultati soddisfacenti raggiungendo una percentuale di valutazione "Ottimo" pari al 51,25% dei casi trattati presso il Pronto soccorso di Grosseto .

5° Certificazione : tutti gli infermieri coinvolti hanno raggiunto la certificazione regionale

6° Ulteriore sperimentazione utile al confronto della sperimentazione pilota per la messa in atto a regime .

RISULTATI

I risultati ottenuti nella sperimentazione effettuata dal 1.11.2010 al 31.05.2011 sono stati:

CASISTICA

TOTALE ACCESSI NELLA FASCIA S&T	21743
TOTALI PAZIENTI EFFETTIVAMENTE TRATTATI*	1759
TOTALE CODICI VERDI FASCIA S&T	9277
TOTALE CODICI AZZURRI FASCIA S&T	5345
TOTALE CODICI BIANCHI FASCIA S&T	655
INDICATORI	VALORE

C'è stata una notevole riduzione dei tempi di attesa:

% TEMPI DI ATTESA TRIAGE

% TEMPI ATTESA TRIAGE VISITA

VALUTAZIONE IN S&T

MEDICA

MINUTI	BIANCO	AZZURRO	VERDE		MINUTI	BIANCO	AZZURRO	VERDE
0-14	68%	68%	71%		0-14	57%	42%	26%
15-29	16%	19%	18%		15-29	16%	20%	15%
30-59	8%	12%	9%		30-59	13%	19%	21%
> =60	8%	1%	3%		> =60	14%	18%	37%

E riduzione dei tempi di permanenza in PS

% TEMPI PERMANENZA

% TEMPI PERMANENZA

TRIAGE/DIMISSIONE PER CODICE

TRIAGE/DIMISSIONE PER CODICE

MINUTI	BIANCO	AZZURRO	VERDE		MINUTI	BIANCO	AZZURRO	VERDE
0-29	70%	54%	39%		0-29	72%	31%	13%
30-59	21%	24%	24%		30-59	7%	11%	7%
60-89	4%	14%	22%		60-89	7%	19%	15%
>= 90	5%	8%	15%		>= 90	15%	39%	65%

CONCLUSIONI

E' auspicabile pertanto un'estensione e il potenziamento del percorso See and Treat nelle azioni di miglioramento del sistema emergenza/urgenza , come la nostra esperienza ha dimostrato, l'adozione di tale modello può portare un miglior utilizzo delle risorse e dei costi, permettendo al medico di occuparsi di quei casi con problemi di salute più complessi e gravi.

I risultati hanno dimostrato che l'infermiere adeguatamente formato e con "un'esperienza riflessiva" congrua è in grado di gestire l'utenza che presenta un problema di salute minore senza rischi per il paziente stesso e con riconoscimento all' infermiere una maggiore autonomia e responsabilità in linea con il suo profilo professionale e con valorizzazione della integrazione con il medico..

Riferimenti: francesco.ronchese@uslsudest.toscana.it

IL RUOLO DELL'INFERMIERE ALL'INTERNO DEL PROGETTO CODICE ROSA

Vittoria Doretti (3) Claudio Pagliara (3) Chiara Marchetti (3) Luana Lenzi (1) Alessandra Pifferi (1) Samantha Pietrini (1) Vincenza Scimone (2) Laura Ormezzano (4) Catia Lolini (5)

(1) Infermiere (2) Ostetrica (3) Medico (4) Amministrativo (5) Assistente Sociale

Il progetto Codice Rosa, il cui simbolo è una Rosa Bianca, prevede un codice "virtuale" che "affianca" i normali codici assegnati al Pronto Soccorso per gravità, identificando un percorso di accesso riservato a tutte le vittime di violenze, senza distinzione di genere o età che, a causa della propria condizione di fragilità, più facilmente possono diventare vittime di violenza: donne, uomini, bambini, anziani, immigrati, omosessuali; il codice viene assegnato da personale formato a riconoscere i segnali, non sempre evidenti, di una violenza subita.

Il progetto nasce a Grosseto nel 2009 dalla collaborazione tra Asl 9 e Procura della Repubblica, con formazione congiunta del personale sociosanitario e della Procura (magistrati del pool delle fasce deboli e polizia giudiziaria); diviene operativo il primo gennaio 2010 e in breve si formalizza – attraverso la firma di un Protocollo d'Intesa - l'istituzione della Task Force Interistituzionale ASL9-procura della Repubblica.

Nel 2011, grazie alla sottoscrizione di un medesimo Protocollo tra la Regione Toscana e la Procura Generale della Repubblica di Firenze, il Progetto si estende alle altre Aziende Sanitarie e Ospedaliere con un processo a tappe che ha visto la completa copertura del territorio regionale nel 2014.

Punto di forza del Codice Rosa è una formazione congiunta e specifica rivolta a tutti gli operatori coinvolti: personale socio-sanitario, della Procura, delle forze dell'ordine e delle associazioni di volontariato, la quale ha permesso di far conoscere e di saper riconoscere la violenza, di creare setting adeguati e quindi favorire l'emersione dei casi sospetti, agendo come un'unica squadra.

L'adozione di procedure condivise e di specifici protocolli operativi ha consentito di ottenere un ottimo repertamento delle prove e una catena di custodia sicura, ha permesso di velocizzare i tempi dell'indagine e della giustizia e di creare un enorme flusso informativo, condiviso tra Asl, Procura e forze dell'ordine, riguardo le diverse situazioni di disagio e violenza.

Il progetto evidenzia l'importanza della figura professionale dell'infermiere, il cui campo d'intervento presenta interessanti sfide professionali, soprattutto per quanto concerne:

- la possibilità di utilizzare le proprie competenze nella gestione della comunicazione e della relazione con la vittima di violenza al triage e/o nell'accoglienza al pronto soccorso;
- la possibilità di utilizzare la propria professionalità come trait d'union tra servizi ospedalieri e territorio, servizi sanitari e sociali;
- la possibilità di utilizzare le competenze specifiche di triage per infondere fiducia alla vittima verso il sanitario che l'accoglie, così da poter dichiarare la propria situazione sapendo di essere ascoltata e, soprattutto, creduta e non giudicata;
- la possibilità di utilizzare e revisionare gli strumenti di screening e di diagnosi infermieristici e i piani di assistenza sulla tematica della gestione della vittima.

Questa progettualità può rappresentare l'occasione per rafforzare il ruolo dell'infermiere all'interno delle strutture sanitarie quale punto di riferimento per la gestione dell'intero percorso Codice Rosa attraverso una sempre più dettagliata e specifica formazione, nonché attraverso il potenziamento del raccordo tra il personale operativo del comparto.

Riferimenti: task.force@asl9.toscana.it

GLI ALTRI PROGETTI PRESENTATI

Percorso senologico, setting H, zona 4 ospedale misericordia

Pieraccini Maria Grazia, Medico
Silvia Sorrenti, Infermiera
Cinzia Terrosi, Infermiera
Maddaluni Carol, Infermiera Responsabile Area Funzionale

*Colloquio infermieristico con il paziente che deve sottoporsi ad intervento chirurgico
area chirurgica P.O. Misericordia Grosseto*

Simona Corridori, infermiera coordinatrice
Corrado Tonelli, Infermiere Coordinatore
Chiara Menichetti, Infermiera
Carol Maddaluni, Infermiera Responsabile Area funzionale
Tommaso Ligabue, Medico

"Tutti matti per l'arte" UFSMA, Zona Amiata Grossetana

Pelosi Giovanna, Infermiera

*Processo decisionale e pensiero critico nella gestione della terapia
Setting D / G Presidio Ospedaliero zona 1*

Miria Volpini, Infermiere
Stefania Romuladi, Infermiere
Domenico De Sando, Direttore Medico
Roberto Barni, Medico

*La figura dell'infermiere referente nel processo di comunicazione e presa in carico della persona
Setting L/M Presidio Ospedaliero zona 1*

Pellegrini Silvia, Infermiera,
Petri Roberta, Infermiere Responsabile Area Funzionale
Barbi Tiziana, Referente aziendale PNI
Aledandri Massimo, Direttore A.F. Medica

*Realizzare presso la casa della salute un ambulatorio per la gestione delle ferite difficili
cure primarie zona 3*

Irene Malinveno, infermiera
Simone Montani, infermiere
Roberta Arezzini, infermiere
Lucia Rombai, infermiere
Barbara Moscatelli, infermiere
Caselli Jessica, studente corso di laurea infermiere
Lazzi Francesco, Medico medicina generale coordinatore AFT

*Supporto alle attività del Tutor Clinico Assistenziale nei Setting chirurgici
P.O. Misericordia, Grosseto*

Corrado Tonelli, Infermiere Coordinatore
Simona Corridori, Infermiere Coordinatore
Carol Maddaluni, Infermiera Responsabile Area Funzionale

*La presa in carico ospedale/territorio
area medica/cure primarie domiciliari – Zona Amiata Grossetana*

Cambioni Simona
Fazzi Marta
Coppi Elisa
Saviano Rocco
Netti Anna Pia
Simone Montani
Irene Malinverno
Michele Pacini
Gianluca Bardi
Pamela Cingottini
Barbara Moscatelli

*Fattibilità e sostenibilità della pianificazione assistenziale standard
Setting L – M – O, P.O. Misericordia Grosseto*

Fazzi Marta, Infermiera
Cambioni Simona, Infermiera
Netti Anna Pia, Infermiera
Merlini Sanra, Infermiere
Vichi Rita, Infermiera

*L'intervento dell'infermiere in relazione agli stili di vita
Trasfusionale – Zona Amiata Grossetana*

Palomba Gemma, Infermiera
Giovannini Manola, Infermiera
Fedeli Stefania, Infermiera

*Opuscolo informativo - Guida per i caregiver degli assistiti con delirium post operatorio
Zona 4 PO Misericordia*

Marini Fulvia, Infermiera
Ginanneschi Federico, studente Corso di laurea Infermieristica
Tonelli Corrado, Infermiere Coordinatore
