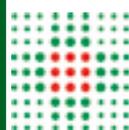


Notizie

numero speciale

Arcispedale Santa Maria Nuova



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

PERIODICO BIMESTRALE DELL'ARCISPEDALE SANTA MARIA NUOVA DI REGGIO EMILIA
Registrazione del Tribunale di Reggio Emilia n. 940 del 11/02/97 Anno XI • 2005 • n.2
"Poste Italiane s.p.a. - Spedizioni in abbonamento postale - 70% - DBC Reggio Emilia"

PERSONA E ORGANIZZAZIONE Esperienze di un rapporto possibile

*"La vecchia teoria
dell'organizzazione scientifica
del lavoro consisteva
nel concepire il pensiero
organizzativo
solo attraverso strutture e procedure;
si scopre ora che
lo spirito umano è
il migliore strumento
di integrazione che permette di
affrontare la complessità"*

Michel Crozier



SOMMARIO

- 3 TUTTO E' NATO DA UN'IDEA: CONDIVIDIAMO LE ESPERIENZE POSITIVE**
Marina Lemmi - Direzione Infermieristica, Tecnica ed Ostetrica
- 4 L'ESPERIENZA CHE INSEGNA**
Leonida Grisendi - Direttore Generale
- 6 GIORNO DOPO GIORNO**
Iva Manghi - Direttore Sanitario
- 8 LA PERSONA E L'ORGANIZZAZIONE: IL DIALOGO TRA DUE SISTEMI**
Marina Lemmi - Direzione Infermieristica, Tecnica ed Ostetrica
- 11 NASCERE IN UNA TERRA "STRANIERA"**
*Isa Ligabue - Dipartimento Materno-Infantile
Paola Capozza - Dipartimento Materno-Infantile*
- 14 LA CENTRALITÀ DELL'UTENTE: UN SISTEMA INTEGRATO DI ACCOGLIENZA**
Gina Dallari - Dipartimento Oncoematologico
- 15 IL PERCORSO ASSISTENZIALE NEL DIPARTIMENTO ORGANIZZATO PER INTENSITÀ DI CURA**
Susanna Sassi - Romana Reglioni - Dipartimento Chirurgico I
- 18 LA DIMISSIONE PROTETTA IN ORTOPEDIA: L'ESPERIENZA E LA COMPETENZA DELL'INFERMIERE AL SERVIZIO DEL PAZIENTE E DELLA FAMIGLIA**
Yveta Caroline Fasano - Dipartimento Chirurgico II
- 21 L'INFERMIERE ESPERTO: LA CONSULENZA PER IL PAZIENTE DIABETICO, LA CONSULENZA DI WOUND-CARE**
*Mariapaola Lince - Marco Ganassi - Dipartimento Medico I
Cinzia Morena Arduini - Dipartimento Medico I*
- 25 IL PAZIENTE CON TUBERCOLOSI POLMONARE: PRENDERSI CURA DELLA STESSA PERSONA ATTRAVERSO UN PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO**
Katiuscia Chirico - Dipartimento Medico II
- 29 IL PAZIENTE STROKE: PRESA IN CARICO GLOBALE**
*Annarita D'Antuono - Dipartimento Medico II
Leda Boschini - Dipartimento Medico II*
- 33 UNA INNEGABILE OPPORTUNITÀ: SALVARE UN CUORE**
Pierangelo Frasconi - Dipartimento Area Critica
- 35 PRELIEVO D'ORGANI: IL PERCORSO ORGANIZZATIVO**
Alessandro Grandi - Dipartimento Area Critica
- 38 LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA: UN PROCESSO DI IMPLEMENTAZIONE DI STRUMENTI INFORMATIVI**
Manuela Iaccheri - Area Sale Operatorie (ostetricia-ginecologia, orl, ortopedia, comparto operatorio V piano)
- 40 LA FORMAZIONE PER ESSERE COMPETENTI. LA COMPETENZA PER ESSERE FORMATORI**
Patrizia Leoni - Dipartimento Emergenza Urgenza
- 43 DALLA MANUALITÀ ALL'AUTOMAZIONE: L'EVOLUZIONE DELLA PROFESSIONE DEL TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO**
Roberta Prampolini - Dipartimento Patologia Clinica
- 46 NUOVE COMPETENZE PER I TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA: LA DIGITALIZZAZIONE DELLE IMMAGINI. IL SISTEMA PACS**
Laura Canovi - Dipartimento Diagnostica per Immagini
- 48 MAMMOGRAFIA: ANALISI DI UN CAMBIAMENTO**
Alessandra Ronzoni - Dipartimento Diagnostica per Immagini
- 49 L'ATTIVITÀ AMBULATORIALE INFERMIERISTICA: STORIA DI UN'AUTONOMIA**
Jessica Mary Raser - Poliambulatori
- 51 PROFILI DI COMPETENZA: UN PROCESSO DI SVILUPPO PER I PROFESSIONISTI**
Marzia Prandi - Direzione Infermieristica, Tecnica e Ostetrica
- 56 CHI ERAVAMO, CHI SIAMO: I PROFESSIONISTI SI RACCONTANO VIDEONARRAZIONE**
Patrizia Copelli - Maurizio Galimberti - Marzia Prandi

NOTIZIE

PERIODICO BIMESTRALE DELL'ARCISPEDALE S. MARIA
NUOVA DI REGGIO EMILIA

REG. TRIB. DI REGGIO E. N. 940 DEL 11/02/97

ANNO XI - 2005 - N. 2/3 speciale

"Poste Italiane s.p.a. - Spedizioni in abbonamento
postale - 70% - DBC Reggio Emilia"

DIRETTORE RESPONSABILE

Lidia Scalabrini

COMITATO SCIENTIFICO DEL CONVEGNO

Oriella Bianchini - Resp. Inf. Dip. Medico II
Lucia Boccelli Infermiera - Resp. Formazione Dip. Area Critica
Elena Bonini Infermiera - Resp. Formazione Dip. Materno-Infantile
Patrizia Borgognoni - Resp. Ostetrica Dip. Materno-Infantile
Roberto Caroli - Coord. Inf. Resp. Formazione Dip. Chirurgico I
Simona Cola - TSRM Resp. Formaz. Dip. Diagnostica per Immagini
Sandra Davoli - Resp. Inf. Dip. Chirurgico II
Adriana Ferrari Lazzarini - Resp. Tecnica Dip. Patologia Clinica
Alessandro Grandi - Coord. Inf. Rianimazione - Dip. Area Critica
Marina Lemmi - Dirigente Resp. Direzione Inf., Tecnica e Ostetrica
Mariapaola Lince - Resp. Inf. Dip. Medico I
Annamaria Lodesani - Coord. Inf. Cardiologia - Dip. Area Critica
Orienna Malvoni - Resp. Inf. Dip. Chirurgico I
Edda Magnani - Coord. Tecnica Resp. Formazione Dip. Medico II
Pietro Messori - Resp. Tecnico Dip. Diagnostica per Immagini
Paolo Morelli - Tecnico di Laboratorio
Resp. Formazione Dip. Patologia Clinica
Carmen Prandi - Resp. Inf. Dip. Oncoematologico
Marzia Prandi - Coord. Inf. Ref. Formazione Direzione Inf.,
Tecnica e Ostetrica
Stefano Regnani - Infermiere - Resp. Formazione Dip.
Emergenza-Urgenza
Cristina Rimessi - Coord. Inf. Resp. Formaz. Dip. Chirurgico II
Rita Salsi - Coord. Inf. - Cardiologia - Dip. Area Critica
Ivana Spaggiari - Resp. Inf. Dip. Emergenza Urgenza
Dimma Varini - Coord. Inf. Resp. Formaz. Dip. Medico I

NUMERO SPECIALE A CURA DI

Marzia Prandi - Direzione Infermieristica, Tecnica ed Ostetrica
tel. 0522 -295982; e-mail:prandi.marzia@asmn.re.it
Gli atti del convegno sono consultabili alla pagina
www.asmn.re.it/convegno_inferm.htm

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Area Comunicazione Aziendale
Via L. Sani, 15 - 42100 Reggio Emilia
Tel. 0522 296836/296806 - Fax 0522 296843
E-mail: ufficio.comunicazione@asmn.re.it

GRAFICA E STAMPA

Nerocolore - Correggio (RE)



Marina Lemmi

Dirigente Responsabile Direzione Infermieristica, Tecnica ed Ostetrica

Tutto è nato da un'idea: condividiamo le esperienze positive

A partire da questo semplice ma significativo input, nell'arco di sei mesi molti operatori appartenenti ai diversi Dipartimenti e che afferiscono alla Direzione Infermieristica, Tecnica e Ostetrica, si sono impegnati per la realizzazione del Convegno "Persona e Organizzazione: esperienze di un rapporto possibile".

Penso che questo evento rimarrà per diverso tempo un esempio significativo e incoraggiante della ricchezza professionale presente al S. Maria Nuova.

Una ricchezza a tutto campo che spazia dalla competenza tecnica proceduralizzata, alla sensibilità del linguaggio e della presenza, dal contorno circoscritto del proprio ruolo, al territorio dai larghi confini dell'integrazione fra professionisti, dall'area del contesto ospedaliero alla continuità con il territorio.

Attraverso questo numero speciale di "Notizie" vogliamo facilitare la diffusione di questa esperienza, perlomeno nei contenuti.

Certo è impossibile trasmettere l'emozione dell'ascolto diretto, ma ugualmente riteniamo importante che arrivino dei messaggi anche a coloro che non hanno potuto partecipare.

Non di meno questo evento ha coinciso con un anniversario.

Nel 1995 infatti, quindi dieci anni fa, venne riconosciuto l'allora Processo di Assistenza Infermieristica e Tecnica, a cui seguì il Servizio di Assistenza Infermieristica e Tecnica, fino ad arrivare all'attuale Direzione Infermieristica, Tecnica e Ostetrica.

Una storia che molti di noi ricordano e che continua a guidarci verso il futuro.

Una storia che dà forza ad una moderna visione del professionista, della comunità professionale e dell'integrazione

professionale.

Abbiamo voluto ricordare questo anniversario, oltre che con la realizzazione del Convegno, anche attraverso una raccolta dal titolo "1995-2005 Dieci anni...da conoscere".

E' una raccolta di esperienze e testimonianze che hanno coinvolto i professionisti appartenenti alla Direzione Infermieristica, tecnica e Ostetrica, pubblicate su "Notizie" in questi dieci anni.

Vista la copiosità dei lavori presentati al Convegno, diverse relazioni presentate in questo numero sono state sintetizzate, in ogni caso le edizioni integrali sono disponibili in Intranet e internet.

Un grazie particolare al Direttore Generale, Dott. Leonida Grisendi, che ha aperto il Convegno dando fiducia e riconoscimento all'iniziativa e che ha chiuso i lavori con parole emozionanti.

Grazie al Direttore Sanitario, Dott.ssa Iva Manghi, che ha visto confermare in queste giornate il patrimonio professionale di questa Azienda, cosa che peraltro lei stessa ha in molte occasioni sottolineato, ma che ha ulteriormente apprezzato in questa circostanza.

Grazie al Direttore della Direzione Medica di Presidio, Dott. Luca Sircana, per la particolare attenzione e sensibilità nella sua funzione di moderatore.

Grazie ai politici, ai Presidenti degli Ordini e dei Collegi professionali, ai rappresentanti delle Associazioni di Volontariato per la loro presenza partecipata e costruttiva.

Un grazie speciale a tutti gli operatori che hanno reso possibile questa esperienza, accompagnato da un'idea: fissiamo un nuovo appuntamento per il 2007!



Leonida Grisendi
Direttore Generale

L'ESPERIENZA CHE INSEGNA

Questo Convegno è un'occasione importante, davvero molto importante.

Non capita frequentemente di avere la possibilità di incontrarsi così numerosi, di condividere le proprie esperienze e di parlarsi.

Certo le occasioni di formazione sono tante, sempre più numerose. Da anni dedichiamo e continuiamo a dedicare molto tempo alla formazione. Ma in genere quando si fa formazione, si ricorre ad esperienze e professionalità che di solito provengono dall'esterno. Queste due giornate, invece, sono state interamente organizzate per mettere in comune le nostre esperienze, per fare il punto su ciò che è stato realizzato in questi anni nei vari dipartimenti e per riprendere energia e forza per continuare su questa strada.

Credo che questo elemento di novità, e cioè che la formazione venga sviluppata dagli stessi operatori, abbia un valore sicuramente da non sottovalutare. Infatti le esperienze, se condivise, possono insegnare molto. Nella nostra realtà siamo molto più propensi al fare e molto meno al raccontarci.

Ma le esperienze presentate in questa occasione, si inseriscono in una cornice più ampia.

Non è sempre facile cogliere il filo rosso che collega le cose, e allora eventi come questo possono essere l'occasione per fare il bilancio di uno specifico percorso all'interno di un percorso più grande, che è quello dell'ospedale nella sua interezza.

C'è una storia, c'è un percorso che ritrova le proprie radici nei tempi passati.

Ed è grazie a tutto ciò che è stato realizzato negli anni addietro che possiamo cogliere ancor meglio il valore di ciò che caratterizza il presente.

Un presente che riconosce degli elementi di grande rilevanza e che vorrei sottolineare per dare ad ognuno di essi lo spazio che merita.

Definirei questi elementi come dei pilastri sui quali abbiamo costruito e stiamo costruendo il futuro.

- Il primo di questi pilastri è rappresentato da esperienze come questa, da situazioni reali, concrete, attraverso le quali emerge il valore degli operatori come professionisti e come persone.
- Il secondo pilastro viene riconosciuto nei processi di

ammmodernamento dell'ospedale. Nella continua ricerca di maggiore comfort, maggiore sicurezza, per il paziente e per gli operatori. Nella tensione continua verso migliori condizioni di lavoro che, anche solo l'ospedale di pochi anni fa, non garantiva.

- Il terzo pilastro si rivela essere l'ammmodernamento tecnologico, della tecnologia sanitaria in senso stretto. Una tecnologia vista come strumento attraverso il quale necessariamente cambiano i modi di lavorare e, per questo motivo, una tecnologia che offre anche l'opportunità per lo sviluppo professionale degli operatori, oltre che, in primis, per la qualità del risultato per il cittadino.

- Il quarto pilastro è rappresentato dalla crescita professionale attraverso l'integrazione in importanti circuiti sanitari nazionali e internazionali. Vorrei ricordare inoltre che il nostro ospedale è stato individuato come ospedale di riferimento per la gestione dei fondi per la ricerca della Regione Emilia Romagna, somme significative che sono destinate alla ricerca in quattro aree principali: area oncologica, area cardiologica, area cerebro-vascolare, area delle tecnologie ad alto costo.

Tutto ciò ha richiesto e richiede anche oggi un grande investimento di formazione del personale ed il riconoscimento di una autonomia dei professionisti coerente con le responsabilità proprie delle specifiche competenze. In questo ospedale la professionalità e le relative autonomie degli operatori dell'area infermieristica, tecnica e ostetrica, hanno raggiunto importanti traguardi. Ciò è frutto di un percorso iniziato da tempo, che richiede momenti di riflessione come questo.

A questo proposito, vorrei proporre alcune mie personali riflessioni allo scopo di dare fiducia e continuità a questa positiva evoluzione.

La leadership. A mio modo di vedere la leadership prima la si conquista, poi la si esercita. L'esercizio dell'autorevolezza non deriva dal titolo che si ha, nelle organizzazioni complesse i titoli non contano. L'autorevolezza passa attraverso la fiducia e la competenza.

La disponibilità. La disponibilità verso colleghi e pazienti, in questo mondo complesso e che si complicherà

ulteriormente, è un tratto fondamentale. Non ci viene richiesto solo di essere competenti. Certo la competenza dei professionisti è davvero molto più ricca di qualche anno fa, e ciò è riconosciuto dagli stessi professionisti e dal fruitore del servizio. Ma ciò ha corrisposto ad un aumento proporzionale della conflittualità. Le richieste aumentano, spesso all'operatore sanitario viene richiesto di trovare la soluzione a problemi che non sono strettamente sanitari, ma che coinvolgono la sfera familiare e sociale dell'assistito. La richiesta da parte del cittadino è di non essere lasciato solo.

La consapevolezza del ruolo. La consapevolezza dell'importanza del vostro ruolo deve essere lucida e presente. Una consapevolezza che riconosce la centralità del vostro ruolo non soltanto per la vostra professione, non soltanto per l'organizzazione, non soltanto per le famiglie, non soltanto per la comunità, ma per l'intero paese. La sanità e i servizi di welfare italiani, in generale, stanno vivendo un momento molto particolare. Sono stati costruiti in lunghi anni di lavoro, attraverso il quale si sono consolidate delle esperienze che oggi offrono dei servizi che l'OMS giudica, per equità di accesso e per qualità, secondi a livello mondiale dopo la Francia.

Nel nostro ospedale equità ed universalità si confermano giorno dopo giorno per lo stesso livello di prestazione che viene offerta al "numero uno" e all'extracomunitario irregolare che si presentano alle nostre strutture.

Come fare per facilitare anche in futuro un servizio di questo genere?

Certo le compatibilità economiche hanno il loro peso, ma non sono sufficienti. La vera garanzia, il vero punto di forza su cui fare leva è la bontà dei servizi offerti al cittadino. Perdendo questa bontà, questa qualità, non avremmo futuro. La vera garanzia dipende da noi, nel costruire qualità. Se perderemo questo valore non ci saranno compatibilità economiche che ci garantiranno il futuro.

Ognuno deve fare la sua parte e tutti assieme possiamo fare moltissimo.

Vorrei davvero che esperienze come questa non finissero nello spazio dell'evento. E' la prima volta che si organizza in questa città un'iniziativa di questo genere, cerchiamo di dare continuità. In poche città d'Italia potrebbero organizzare eventi come questi, dove i protagonisti sono i professionisti infermieri e tecnici.

E infine, vorrei sottolineare con un particolare plauso la cosa più importante che io ho colto durante queste due giornate: la comunicazione delle emozioni. Non posso nascondere la mia emozione nell'ascoltare le vostre emozioni.

Emozioni professionali e non, emozioni della vita in ospedale, emozioni che hanno accompagnato i cambiamenti, a volte straordinari, che ci sono stati in questi anni. Siete stati protagonisti di questo evento, ma siete protagonisti quotidianamente e forse nemmeno voi avete questa consapevolezza. Siete protagonisti come professionisti esperti, competenti, disponibili, ma siete protagonisti anche e soprattutto come persone e, lasciatemelo dire, siete delle belle persone.

Vorrei salutarvi con una riflessione di carattere personale che nasce prima di tutto dalla consapevolezza che il futuro che ci aspetta sarà difficile, che vivremo con molta probabilità dei momenti di scoramento, momenti in cui ci chiederemo se ne vale la pena. Vorrei allora proporvi, proprio in quei momenti di difficoltà, di mettere al centro la considerazione che è questa la vita. E' questo quello che ci ha riservato la vita fino ad oggi, ma che ci riserverà anche in futuro.

A questo proposito vorrei ricorrere alla lettura di un frammento di una lettera di Leone Tolstoj alla moglie Alexandra Tolstaja.

"L'eterna inquietudine, il lavoro, la lotta, le privazioni sono condizioni imprescindibili da cui nessun uomo, neppure per un istante, deve osar pensare di poter uscire.

Soltanto una onesta inquietudine, la lotta e il lavoro fondati sull'amore, sono quel che si chiama felicità.

Mi vien da ridere a ricordare come io la pensavo una volta e come mi sembra la pensiate voi.

Che si possa costruire un piccolo mondo felice e onesto nel quale sia possibile vivere quieti quieti, tranquillamente, senza errori, senza rimorso, senza confusione e senza fretta, accuratamente operare sempre e soltanto il bene.

E' ridicolo, non si può babuska, non si può.

Per vivere onestamente bisogna dilacerarsi, confondersi, lottare, sbagliare, dare inizio e lasciar andare e di nuovo iniziare e di nuovo abbandonare, eternamente battersi e rinunciare. La quiete è una vigliaccheria dell'anima. E per questa ragione la parte peggiore dell'animo nostro, tende verso la quiete senza rendersi conto che la conquista di essa è collegata alla perdita di tutto ciò che in noi c'è di bello, di umano, e ci viene dall'alto."



Iva Manghi
Direttore Sanitario

“Giorno dopo giorno”

Ho avuto il compito importante e per me piacevole di moderare parte di questo seminario e quando Marina Lemmi me lo ha proposto, ho accettato con entusiasmo. Un entusiasmo confermato dalla qualità delle relazioni, molto articolate e davvero pregevoli.

Mi hanno fatto comprendere ulteriormente, se mai ce ne fosse bisogno, quanto lavoro, giorno dopo giorno, nella quotidianità, dimostrate di saper realizzare.

Molti contenuti emersi dai lavori presentati li conoscevo, ma, devo dire, che certe interrelazioni, certe complessità legate alla quotidianità del lavoro e all'impegno che si sente e si apprezza in modo tangibile, mi hanno particolarmente colpito.

Ogni tanto mi succede di fare qualche riflessione e, quando penso a tutto ciò che dobbiamo fare nel nostro contesto così complesso, ho la sensazione di iniziare ogni giorno daccapo. Ma quando, in occasioni come questa, si tocca con mano l'agire quotidiano, mi rendo conto che a volte diamo per scontato e per acquisito definitivamente ciò che stiamo facendo, ovvero diamo per scontato quello che c'è e che ha richiesto attenzione, impegno e costanza ...

E' consuetudine che anche nelle attività acquisite routinariamente, si ritrovi la dimensione delle emozioni, di quella parte di noi e dell'altro che si manifesta a volte con forza, a volte in modo sottile e impercettibile, ma in ogni caso come parte determinante nella qualità delle relazioni umane e professionali. In questo convegno in particolare, per la centralità che riveste nel vostro agire quotidiano, questa dimensione ci ha toccato e coinvolto.

La realtà organizzativa in cui viviamo è davvero molto complessa, per la multifattorialità degli elementi che la caratterizzano nel loro continuo cambiamento.

Allora ciò che è richiesto ai professionisti che vi operano ha a che fare con la flessibilità, con la capacità di modularsi di volta in volta. Pensiamo ad esempio all'adattamento a nuove realtà come quella della popolazione

immigrata e alle criticità sociali e sanitarie legate alla realtà dei clandestini.

Un altro forte richiamo deriva dalla necessità di semplificare i percorsi, a volte per loro natura complessi, affinché il paziente possa sentire di essere davvero al centro.

Ciò che è emerso in questo convegno ha toccato questi aspetti importanti, dimostrando che i professionisti hanno le competenze per parlarne, ma soprattutto hanno le competenze per agire, e ciò è stato valorizzato dalla particolare modalità di esposizione delle relazioni.

Una modalità partecipata e che, a tratti, ha fatto sentire la commozione.

Una relatrice ha detto "Mi sento privilegiata per ciò che faccio e come lo faccio...".

Quale messaggio più di questo può trasmettere la motivazione che sostiene il professionista, che lo fa sentire partecipe nonostante le difficoltà, che lo pone nella condizione favorevole per fare gruppo.

Quindi la vera sfida è che tutto ciò venga vissuto nella sua intrinseca positività, nonostante le difficoltà.

A questo proposito, vorrei riportare come testimonianza la collaborazione che quotidianamente mi lega alla Dirigente Responsabile della Direzione Infermieristica, Tecnica e Ostetrica, Marina Lemmi.

E' vero, a volte abbiamo anche qualche punto di vista non conforme alle aspettative di entrambe, ma devo dire che c'è sempre una grande attenzione reciproca, nel rispetto delle specifiche funzioni.

Ci sentiamo parte integrante di una comunità, di una collettività e ci confrontiamo, credo, sulla base della stima, della considerazione, della solidarietà ed anche dell'amicizia.



I SALUTI di



SONIA MASINI · Presidente della Provincia di Reggio Emilia

"...la presenza di figure professionali infermieristiche, tecniche e ostetriche ha segnato profondamente il nostro territorio per saperi, per attenzione, per etica professionale. Questo è un valore, e lo è non solo per la comunità reggiana. Nuovi traguardi devono essere raggiunti, si continua quindi a ricercare per una migliore attenzione all'insieme della persona...e per mettere a sistema quel sapere che nei luoghi di lavoro si produce..."

re, e lo è non solo per la comunità reggiana. Nuovi traguardi devono essere raggiunti, si continua quindi a ricercare per una migliore attenzione all'insieme della persona...e per mettere a sistema quel sapere che nei luoghi di lavoro si produce..."



GINA PEDRONI · Assessore Servizi Sociali e Sanitari del Comune di Reggio Emilia

"...sono centrali i percorsi condivisi fra i servizi sociali e quelli sanitari ed in particolare fra le diverse figure professionali che vi appartengono. Percorsi finalizzati a costruire patti di alleanza che consentano al cittadino di fidarsi e affidarsi. Le professioni sanitarie, come quelle sociali e quelle educative, sono poste di fronte a una sfida: rendere visibile la loro presenza. Una visibilità che meritano per il grande valore che rappresentano..."

lizzati a costruire patti di alleanza che consentano al cittadino di fidarsi e affidarsi. Le professioni sanitarie, come quelle sociali e quelle educative, sono poste di fronte a una sfida: rendere visibile la loro presenza. Una visibilità che meritano per il grande valore che rappresentano..."



SALVATORE DE FRANCO

Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Reggio Emilia

"...la nostra frontiera è profondamente legata al quotidiano, all'organizzazione del quotidiano e all'etica del quotidiano. L'etica

è comportamento, quello che facciamo tutti i giorni. Per valorizzare tutto ciò occorre sviluppare modelli, anche esportabili in altre realtà..."



MALVONI ORIENNA · Presidente Collegio IPASVI della Provincia di Reggio Emilia

"...le persone sono un grande valore e le persone fanno davvero la differenza. Questo valore è ancora più pregnante quando si esprime con il prendersi cura,

con la relazione di aiuto. Valorizzare il valore dei professionisti è un dovere per tutti coloro che a qualsiasi livello hanno la responsabilità di un'organizzazione. La valorizzazione è il propulsore della motivazione..."



RAFFAELLA GUALERZI · Presidente Collegio Ostetriche della Provincia di Reggio Emilia

"... un saluto a questa numerosa folla di operatori. A nome mio e del Direttivo del Collegio Ostetriche porto un saluto a tutti gli intervenuti a questo straordinario

evento culturale che coniuga le varie professionalità che operano all'interno della nostra azienda affinché il servizio reso al cittadino sia sempre più rispondente alle sue esigenze..."



ANTONIO WIRZ · Presidente Collegio Tecnici Sanitari di Radiologia Medica della Provincia di Modena e della Provincia di Reggio Emilia

"...giornate come questa servono a riflettere, anche sui cambiamenti. Riflessioni che parlano

di esperienza, di competenza, di professionalità. A volte gli stessi professionisti dimenticano la centralità del proprio ruolo..."



Il moderatore



LUCA SIRCANÀ · Direttore Direzione Medica di Presidio

"...la complessità del sistema sanitario è aumentata. Una tale complessità non può essere gestita solo a livello centrale, ma richiede che ogni figura professionale sappia stare nel sistema

pensando di essere un elemento fondamentale per riuscire a migliorarlo. Ecco perché spesso siete voi con le vostre motivazioni, il vostro lavoro a sostenere i progetti, a farli diventare esperienze di successo. Più volte durante questo convegno mi sono domandato come avreste fatto a stupirmi ancora...ci siete certamente riusciti!"



Marina Lemmi

Dirigente Responsabile Direzione Infermieristica ed Ostetrica

LA PERSONA E L'ORGANIZZAZIONE: il dialogo tra due sistemi

Due sono le motivazioni che mi hanno guidato nella scelta di questo titolo "Persona e Organizzazione".

La prima siete Voi. Pensando alla parola "Persona" ho voluto dedicare queste due giornate a tutti Voi, che ogni giorno attraverso un lavoro costante agite all'interno delle Vostre Strutture, dei Vostri Dipartimenti per portare un cambiamento, per migliorare, per far crescere questa "strana cosa" che è la professionalità, a vantaggio del paziente.



Gestendo la complessità del quotidiano si rischia, a volte, di dimenticare o di sottovalutare il valore di ognuno di Voi e quindi oggi ho voluto portare all'attenzione di tutti: la Direzione, i Collegi, le Istituzioni, le Vostre esperienze, per ricordare e ricordarVi che qualunque contributo, anche apparentemente piccolo, serve per costruire una cultura comune e disegnare il futuro. Non dimentichiamoci mai da dove siamo partiti...

La seconda è perché ogni giorno evochiamo costantemente la parola Organizzazione come se fosse la panacea per le nostre disfunzioni, per i nostri problemi, non essendo forse consapevoli che l'organizzazione siamo Noi. E che sicuramente la risoluzione di molti problemi dipende solo dall'accordo che vogliamo stringere insieme.

Questi due termini "Persona-Organizzazione", con tutto il

loro significato sono state unite da una preposizione, perché questo binomio sia vincente. All'interno dell'Azienda Ospedaliera, anche grazie al lavoro sinergico, condotto con la Direzione Aziendale, abbiamo sempre cercato di optare per una cultura e una logica organizzativa che sviluppi competenze e creatività, facendo in modo che il professionista si identifichi in un'organizzazione che lo valorizzi.

Il dibattito sul rapporto persona-organizzazione che non è certamente nuovo nell'ambito del management, acquisisce un rilievo particolare all'interno delle strutture sanitarie, dove il combinarsi di alti livelli di specializzazione e di autonomia professionale, spesso viene considerato dagli stessi professionisti, incompatibile con forme e regole organizzative eccessivamente strutturate.

E' noto a tutti che in queste strutture, organizzazioni professionali per eccellenza, a causa della natura delle attività a cui sono chiamati, i professionisti operano con elevata autonomia e riconoscono un solo tipo di autorità: "il potere della competenza".

Emerge quindi una difficoltà nel governare lo spazio della persona nelle organizzazioni, che può dipendere dal fatto che tendiamo a leggerla più dal punto di vista dei due termini (persona-organizzazione) presi separatamente, piuttosto che da un punto di vista del loro rapporto.

Un approccio innovativo al tema "persona-organizzazione" suggerisce in realtà che la questione fondamentale è quella di rendere compatibili gli obiettivi individuali e quelli dell'organizzazione nel suo insieme abbandonando l'idea che possa o debba esserci un primato degli uni sugli altri. E' proprio lo spostamento dell'attenzione sul rapporto persone-organizzazione, piuttosto che su l'una o l'altra delle due dimensioni, che può in effetti garantire la produzione di un reale valore aggiunto per entrambi.

Si tratta quindi di superare la contrapposizione tra organizzazione e persona-individuo per interpretare, sostenere l'incontro tra scelte e azioni individuali da un lato,

scelte e azioni organizzative dall'altro: occorre quindi ricercare la convergenza tra motivazioni individuali a cooperare e obiettivi dell'azione organizzata.

Seth Allcorn (psicologo del lavoro), nel 1992 scriveva "le persone creano le organizzazioni, le fanno funzionare e le nutrono nei loro cuori e nelle loro menti. Le



"Lo spettacolo messo in scena non va contro l'individualizzazione del singolo attore, che anzi può esprimere le sue competenze grazie al contributo degli altri."

persone sono l'aspetto più importante delle organizzazioni e sono spesso l'aspetto più determinante della vita quotidiana di lavoro...".

E' dunque la dimensione del collettivo, dell'insieme di individui che al suo interno pensano e agiscono, vivono e lavorano, a costituire la "vera natura" dell'organizzazione: nessun altro è infatti in grado di cogliere ciò che realmente accade dentro i confini dell'organizzazione, meglio di coloro che ne fanno parte, che le consentono di "esistere" anche attraverso le loro molteplici espressioni soggettive.

Si può quindi sostenere che le persone sono la base delle organizzazioni, anzi in un certo senso non esistono organizzazioni senza le persone. Nella concreta realtà di lavoro, infatti, non si stabiliscono rapporti con un'organizzazione o con un ruolo, ma sempre, ultimamente, con persone.

L'esistenza di un'organizzazione o di un'istituzione, sarà quindi dipendente per molti suoi aspetti, dalle persone concrete che ne fanno parte in un dato momento; quello fra persone e organizzazione è quindi un vero rapporto, con tutta la complessità che il termine implica. In pratica si tratta di riconoscere il dinamismo delle singole persone, e di considerarlo un'opportunità, piuttosto che un ostacolo o un vincolo; e proprio perché le persone, come le organizzazioni, non sono statiche, che possono modificare il proprio pensiero, e quindi i comportamenti e le abitudini, provare interesse per il proprio lavoro e assumersi responsabilità.

Le organizzazioni sono anche sistemi di rapporti di collaborazione. La loro stessa esistenza è il risultato della capacità di comunicazione, coordinamento e coopera-

zione.

Nelle organizzazioni sanitarie tutti questi fattori sono importanti, ma l'attività che vi si svolge richiede soprattutto un'alta capacità d'integrazione, cioè una buona qualità della collaborazione, anche se l'atto clinico resta, ultimamente, individuale.

Il lavoro di ogni professionista sanitario, se analizzato dal punto di vista della produzione del servizio, non si basa infatti, solo su un rapporto fra due persone, ma su sistemi di rapporti "a più persone" che, nel caso specifico, possono essere di volta in volta altri, medici o infermieri o tecnici: all'interno di questa trama di rapporti si svilupperanno poi anche rapporti a due.

Il punto fondamentale è che l'autonomia professionale e individuale, non si contrappone a collaborazione, idea questa invece piuttosto diffusa e che spiega la notevole resistenza di alcune persone, che "soffrono" la collaborazione, pur riconoscendone la necessità.

Identificare "individuale" con "solitario", è lo stesso equivoco che porta alcuni a convincersi che il gruppo sia la negazione dell'individuo: forse la resistenza al lavoro di gruppo nasce da idee scorrette sulla collaborazione, che spesso viene collegata alla perdita della propria individualità professionale.

In realtà ogni lavoro è di collaborazione: si tratta di distinguere la parte individuale al suo interno, anziché contrapporla ad essa.

Il concetto si può chiarire riferendosi per esempio a una recita teatrale, che è un lavoro contemporaneamente individuale e collettivo: lo spettacolo messo in scena da una compagnia teatrale non va contro l'individualizzazione del singolo attore che, anzi, può esprimere le sue competenze grazie al contributo degli altri, in un intreccio di parti diverse.

Un recente convegno per MMG aveva per titolo "Da soli non vale", a indicare -forse- un superamento di questa idea "solitaria" della professione. La realtà di lavoro nelle organizzazioni sanitarie è tale, infatti, che ogni rapporto di cura/assistenza si presenta come un punto individuale all'interno di un processo, nel quale la relazione col paziente, dipende anche dalla relazione con altre figure professionali, anche se non tutte sempre direttamente presenti.

Per analogia con l'esempio del teatro, la "parte" del professionista nella relazione, non esclude affatto la presenza di altri personaggi e non è per questo "ridotta".

In qualsiasi forma organizzativa deputata all'erogazione di prestazioni sanitarie è evidente che il rapporto professionista-paziente rappresenta l'anello di una catena, nel quale il professionista entra con la propria individualità, ma come rappresentante di una rete più ampia.

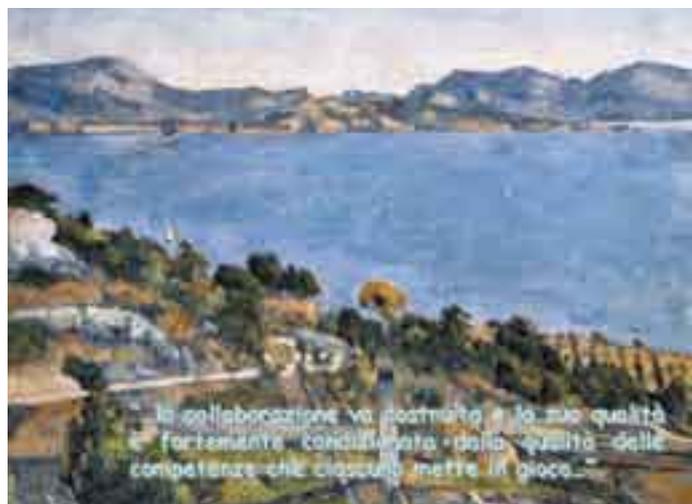
Qualunque idea di collaborazione si sviluppi al di fuori

LA PERSONA E L'ORGANIZZAZIONE: il dialogo tra due sistemi

del modello tradizionale, richiede competenze: mentre infatti il paradigma meccanico ipotizzava una sorta di integrazione automatica, nelle organizzazioni professionali, la collaborazione va costruita e la sua qualità è fortemente condizionata dalla qualità delle competenze che ciascuno mette in gioco.

Da un punto di osservazione "esterno" all'organizzazione del lavoro che esso sia di collaborazione è un dato facilissimo da rilevare, ma ciò non significa che sia accettato. Infatti non è sufficiente dire che occorre lavorare insieme perché questo accada; ne è sufficiente qualsiasi esortazione o consiglio, se non si associa a un lavoro più approfondito di comprensione ed elaborazione delle dinamiche emotive e delle eventuali resistenze.

Molti dei problemi che si incontrano nelle organizzazioni sanitarie, nascono proprio dal fatto che questo dato, pur



se evidente, è fonte di resistenza e di disagio personali, che si possono spiegare con le difficoltà di:

- Accordarsi sulla natura dei problemi;
- Impegnarsi seriamente per ricercare accordi e definire soluzioni;
- Sentire veramente proprie le decisioni prese insieme con altri, non solo di gruppo;

Queste aree di difficoltà possono però costituire altrettante opportunità, a condizione di governarle e/o superarle con soddisfazione, sviluppando in modo adeguato le competenze che si associano al lavorare insieme.

La competenza è il risultato del rapporto fra l'individuo e l'ambiente e rappresenta il prodotto di un lavoro che porta a svilupparne gli elementi costitutivi: capacità, conoscenze ed esperienze finalizzate.

La persona competente è alla fine quella che riesce a trovare soddisfazione nell'attività lavorativa, valorizza le persone con le quali si relaziona, fornisce un apporto significativo al miglioramento del clima e dei rapporti all'interno dell'organizzazione, promuove reali processi di miglioramento delle performance dell'azienda nel suo

insieme. La competenza non è concetto astratto, va sempre considerata come una situazione in atto, che non si esprime in un contenitore vuoto o in situazioni uniformi, ma che trae la sua specificità nell'ambito in cui essa ogni volta viene declinata, vale a dire il suo contesto. Non esistono competenze date una volta per tutte, è il contesto che indirizza la scelta dei comportamenti attuabili in una determinata situazione e li fa considerare adeguati e congruenti. L'acquisizione del sapere si realizza in ogni situazione sociale in cui si fanno proprie conoscenze, competenze, abilità, legate sia al vivere quotidiano, sia alla ricerca scientifica; i processi di conoscenza vanno visti quindi come attività mentali in cui il soggetto va ricostruendo e rielaborando il suo peculiare rapporto con la realtà.

L'esperienza costituisce quindi un elemento portante della costruzione del sapere. Essa non è peraltro costituita dal semplice "fare" a prescindere, dal dove, come, con chi realizzare una data attività o riflettere sulla stessa.

Le competenze si costruiscono a partire dall'esperienza, nelle concrete situazioni di lavoro e dalle riflessioni su di esse, sostenute da opportune conoscenze. Solo conoscenze adeguate permettono di perfezionare le domande che consentono all'agire di diventare vera esperienza, quindi competenza.

Solo le esperienze finalizzate permettono la maturazione e l'arricchimento di capacità e conoscenze, un patrimonio che si consolida attraverso la continua utilizzazione. Affrontare il rapporto persona/organizzazione in termini di competenze, consente di pensare alle persone e ai rapporti in termini dinamici, cioè nel modo in cui in effetti le persone sono e i rapporti si configurano. In una situazione organizzativa pensata in modo professionale, saper gestire in modo efficace i rapporti interpersonali e organizzativi e saper collaborare, sono competenze che non sostituiscono le competenze tecnico-professionali, ma ne rappresentano un supporto indispensabile per un corretto utilizzo.

Va da sé che la persona competente non può fare a meno dell'organizzazione e che nessuna organizzazione può fare a meno di persone competenti.

Bibliografia.

G. P. Quaglino - Psicodinamica della vita organizzativa - Raffaello Cortina Editore - 1996

M. Bergamaschi - L'organizzazione nelle aziende sanitarie - Mc Graw-Hill - 2000

P. Rotondi, A. Saggin - Persona e Organizzazione - Mc Graw-Hill - 2002



Isa Ligabue

Ostetrica

Ostetrica Dipartimento Materno Infantile

Nascere in una terra "straniera"

Per le donne straniere il primo controllo in gravidanza, quando desiderano portarla a termine, avviene solitamente in epoca avanzata rispetto alla media nazionale. *Questo è dovuto non solo alla scarsa conoscenza dei servizi, ma anche e soprattutto a problemi di trasporto e di indisponibilità da parte del marito.*

Una delle prime conseguenze del ritardo dell'effettuazione della prima visita e dei primi accertamenti, quando non si ricorda la data dell'ultima mestruazione o vi sono problemi in gravidanza, risulta essere una maggiore difficoltà nella datazione dell'epoca gestazionale ed il ritardo riconoscimento di eventuali patologie.

Quando le donne poi si avvicinano al giorno del parto ed iniziano a frequentare l'ambulatorio della gravidanza a termine, allora il principale anello di legame che si instaura tra ostetrica e donna straniera è la comunicazione, la comprensione linguistica. E' infatti necessario fare un ottimo raccordo anamnestico ed avere quindi ben chiaro non solo tutto ciò che è avvenuto in gravidanza fino a quel momento, ma anche la storia delle altre gravidanze, se ce ne sono state, ed in generale la storia dello stato di salute della persona nel corso della sua vita.

Tra le strategie che sono state messe in atto per cercare di raggiungere questo obiettivo, certamente una delle più importanti è stata quella di **utilizzare la risorsa delle mediatrici linguistico-culturali**. Indubbiamente esse facilitano il rapporto con le persone immigrate in questo momento del percorso nascita anche perché è necessario anche un approfondimento dei loro stili di vita al fine di promuovere e valorizzare quei fattori della salute che non sono strettamente medicalizzati, come l'igiene, l'alimentazione, il lavoro.



irregolari, che vedono in esso l'unico mezzo per raggiungere le cure ospedaliere, sottovalutando la possibilità di

rivolgersi ad altre strutture sanitarie o di volontariato ben presenti sul territorio. Bisogna inoltre aggiungere che tra



le immigrate c'è la tendenza a recarsi al controllo sanitario quando la patologia è conclamata o addirittura cronica. Al contrario per quanto riguarda il ricovero ospedaliero per tra-

vaglio di parto, ad eccezione delle cinesi, solitamente questo avviene in fase molto precoce, soprattutto se si tratta della prima gravidanza.

L'accesso al pronto soccorso ostetrico è diretto ed è l'ostetrica che effettua una prima diagnosi e valuta se si rende necessario l'immediato intervento medico o se si possono completare alcuni controlli di routine che, assieme ad un accurato controllo degli esami svolti durante la gravidanza, le permettono di capire più chiaramente se si tratta di un caso di fisiologia o di patologia. Le pazienti infatti intraprendono percorsi assistenziali differenziati a seconda che vengano riconosciute nell'uno o nell'altro campo. Infatti dal gennaio 2004 è diventato operativo il progetto che prevede che sia l'ostetrica a condurre e a portare a termine in autonomia il travaglio, il parto ed il post-partum fisiologici. Vengono rispettati i tempi e i modi di ciascuna donna che può così trascorrere il travaglio nelle posizioni che più la sono favorevoli momento per momento e allo stesso modo, può partorire come si sente più forte.

In questi momenti così determinanti della vita di ciascuno, le parole non sono tanto importanti e, qualora si rendano necessarie, devono essere usate con parsimonia, chiarezza, badando all'essenziale e alla semplicità: poichè complicare è facile e semplificare è difficile, la bravura dell'operatore sta anche nella capacità di utilizzare di farsi capire.

Le ostetriche, per loro indole, esperienza e preparazione, sanno che in questi momenti cadono le barriere culturali e tutti gli attori del contesto del parto utilizzano un unico linguaggio corporeo fatto di gesti, di atteggiamenti, di espressioni.

Nascere in una terra "straniera"

Nell'assistenza al parto fisiologico l'ostetrica sa che la donna, prima di tutto, non deve essere disturbata affinché possa "tirare fuori" tutto il suo sapere e le sue competenze al meglio. Da ciò risulta evidente che la tenerezza è importante quanto la tecnica.

Vogliamo rendere a tutte le donne la possibilità di partorire con fiducia in se stesse: questo è un linguaggio universale.

Dopo il parto inizia il puerperio.

Nelle società tradizionali da dove proviene la maggior parte delle donne immigrate, com'era la nostra 50 anni



fa per intenderci, il puerperio è un momento molto speciale; riflette l'importanza della famiglia e dei

figli che sono considerati come un dono, una ricchezza che conferisce valore ed uno status sociale soprattutto alla donna. Dal momento del parto e per i primi 40 giorni successivi ad esso, la madre viene accudita, consigliata e coccolata da tutta la famiglia. Non a caso abbiamo voluto che l'ambulatorio per il sostegno all'allattamento al seno si chiamasse "latte e coccole".

Nel "nascere altrove" il cambiamento è drastico: solitu-

dine ed invisibilità sono le difficoltà maggiori che devono affrontare tante donne immigrate che vivono qui. In questo periodo inoltre, si accentua un profondo senso di vulnerabilità causato dal conflitto tra i modelli culturali precedenti e quelli attuali, complicato dalle aspettative deluse, dalla mancanza della famiglia, di amiche, di un contenitore attraverso cui condividere con gli altri la nascita di un bambino, non solo come riproduzione biologica, ma anche culturale e simbolica. D'altra parte, se ci soffermiamo a riflettere un momento, gravidanza, parto e puerperio sono momenti comuni a tutte le donne, legati alla loro stessa identità femminile. Questo periodo perciò è un terreno di confronto privilegiato per esplorare non solo la fragilità, ma anche la dimensione di un cambiamento che riguarda le donne, straniere o italiane che siano.

Attraverso il paragone tra vecchi e nuovi modelli femminili e famigliari, concetti come tradizione e modernità, i cambiamenti soggettivi e collettivi, noi possiamo individuare ciò che abbiamo perso, ciò che dobbiamo recuperare e ciò che possiamo lasciare andare. Infatti conoscere le difficoltà e le possibili risorse comuni a tutte le donne in puerperio, può aiutarci a superare sia l'assimilazione che cancella le differenze sia la separazione tra i gruppi. Realizzando strategie realmente interculturali, si risponde in modo adeguato ai bisogni comuni a tutte le donne. L'assistenza delle ostetriche da sempre si pone a tutela della salute di tutte le donne, le coppie e le famiglie, dando importanza alle persone ed alla loro esperienza.



Paola Capozza

Infermiera

Neonatologia - Dipartimento Materno-Infantile

Il neonato si sviluppa in un ambiente, l'utero materno, che lo protegge da stimoli ambientali troppo forti, offrendogli una grande ricchezza di esperienze che promuovono il suo sviluppo armonico. A volte i bambini nascono prima del tempo, anche quando sono perfettamente sani.

Cosa accade allora quando un bambino nasce prematuramente?

Proviamo a chiederci quali effetti può avere su questi neonati il passaggio intempestivo dalla vita acquatica intrauterina a quella terrestre della terapia intensiva, saltando la fase di intimo contatto e protezione del corpo materno.

Pensiamo alla improvvisa assenza di confini, di contenimento, alla pressione schiacciante della forza di gravità, alla separazione dalla madre, all'eccesso di suoni, luci, di esperienze tattili e dolorifiche ben diverse da quelle fisiologiche, offerte ad un organismo così fragile.

Fuori dall'utero si trova improvvisamente a sperimentare il vuoto, la sensazione schiacciante del proprio peso, l'assenza di confini. Quando non esisteva il nido, quel rotolo che si posiziona attorno ai neonati per contenerli, si trovavano spesso i bambini sul fondo dell'incubatrice o appoggiati a una parete perché cercavano spontaneamente un confine, un contenimento, un appoggio.

I neonati anche molto pretermine cercano un equilibrio nello spazio per contrastare questa sensazione di vuoto e sono in grado di imparare. **Promuovere la flessione con la CURA POSTURALE** significa permettere al pretermine di maturare competenze motorie e alimentari autonome e tutto questo si ottiene utilizzando un NIDO personalizzato.

Prendersi cura della qualità della vita del neonato ricoverato in terapia intensiva neonatale per prevenire le patologie dello sviluppo neuroevolutivo, significa integrare all'interno dell'assistenza medica ed infermieristica, dal momento della nascita, delle modalità di cura che rispettano la fragilità del neonato e i suoi bisogni particolari dal punto di vista neurocomportamentale. Significa che tutti i "caregivers" (infermieri, neonatologi, genitori) agiscono regolando l'input ambientale, il proprio operato e l'interazione con il neonato in modo da filtrare il "tollerabile" e il "positivo" per lo sviluppo dal troppo "stressante" e "disorganizzante", adattandosi via via alla maturazione del singolo neonato. Realizzare la "care" significa utilizzare le facilitazioni allo sviluppo all'interno delle attività di cura quotidiane in modo personalizzato. Le facilitazioni comprendono una serie illimitata di strategie organizzative, idee, accortezze, accorgimenti, attenzioni, che permettono al bambino di essere il più possibile autonomo nel raggiungimento dell'equilibrio e nell'apprendimento.

IL MARSUPIO:

è la modalità di relazione ideale per il neonato pretermine, il modo migliore di offrire gli stimoli più adeguati alla sua maturazione, ha un'importante funzione di ricostruzione della relazione tra madre e figlio, può essere fatto anche dal padre, è assolutamente sicura per il neonato. Spesso ho visto gli indicatori dell'ossigenazione migliorare durante il marsupio. Può essere fatto anche durante l'ossigenoterapia o la CPAP, va iniziato quindi il più precocemente possibile senza aspettare che il bambino abbia già risolto tutti i problemi di salute altrimenti, a quel punto, è già pronto per uscire dall'incubatrice ed essere preso in braccio vestito. Per il neonato la condizione di estraneo è più abituale ed accettabile; è un po' nell'ordine naturale delle cose, il bambino che nasce, che viene al mondo è un essere nuovo e sconosciuto, estraneo perché da scoprire, da conoscere nelle sue manifestazioni e, per questo, legittimamente straniero.

Nel nostro ospedale il 16% dei neonati ha i genitori



immigrati. I pazienti portano insieme alla patologia anche la loro storia e le loro condizioni di vita, la loro solitudine, il loro disagio. L'incontro con le altre culture può rappresentare una preziosa occasione di riflessione, approfondimento e confronto con la "nostra" cultura sui significati della nascita, della malattia, della cura, della morte. Permettere lo svolgimento dei rituali religiosi legati alla nascita significa accogliere, dare risposta al bisogno di integrazione ma anche di riconoscimento delle diverse identità culturali. Il coinvolgimento dei genitori nelle cure al bambino compreso nella "care" ci ha permesso di conoscere e comprendere l'importanza dei rituali legati alla nascita diversi a seconda della provenienza geografica e della religione di appartenenza.

Il problema del nome: alcune popolazioni africane non danno un nome al neonato nei primi mesi dopo la nascita in attesa di scegliere un nome che corrisponda al carattere con cui il bambino si è manifestato. Nel primo periodo viene dato un nome di transizione che significa appunto straniero. Abbiamo superato il problema accordandoci con l'ufficio registrazione, registrando il bambino con il nome del padre raddoppiato e correggendo la registrazione una volta assegnato il nome scelto.

Africa centrale: lo zio è una persona importante per il bambino, diventa il suo tutore, è lui a scegliere il nome e a seguirlo nel suo percorso di vita. Per protezione al polso del bambino viene legato un sacchettino contenente un amuleto.

India: il padre sussurra il nome all'orecchio sinistro del bambino. A due mesi circa dalla nascita gli vengono rasati i capelli per purificarlo dal karma negativo di una vita precedente come buon auspicio di vita felice.

Marocco: il papà o l'imam sussurra nell'orecchio destro la preghiera ADHAN che significa invito alla preghiera e dopo sette giorni viene rasata la testa come purificazione poi i capelli vengono pesati e il corrispettivo del peso in argento viene donato a una famiglia bisognosa.

Pakistan: appena il bimbo sta bene la mamma completa le cure igieniche mettendo il kajal negli occhi. Questo incontro con culture diverse ha rappresentato un arricchimento personale e professionale e ci ha permesso di essere ancora più flessibili nell'organizzazione, ha allargato i nostri orizzonti mostrandoci quanto di positivo c'è nelle altre culture.



Una antica leggenda africana dice che una divinità sostiene il parto e rimane accanto al bambino fino a quando non ride perché soltanto allora si considera nato.



Gina Dallari
Infermiera
Oncologia - Dipartimento Oncoematologico

La centralità dell'utente: un sistema integrato di accoglienza

Mi chiamo Gina, sono infermiera del Servizio di Oncologia, nel quale presto servizio da 11 anni.

Il Servizio di Oncologia fa parte del dipartimento Oncoematologico unitamente al Reparto ed al D.H. di Ematologia, alla Radioterapia e al Servizio di Anatomia Patologica.

Il progetto che oggi vi presento è il risultato finale di un corso di formazione dal titolo:

la centralità dell'utente nei servizi sanitari: un sistema integrato di accoglienza.

Il corso, della durata di 40 ore, distribuite nell'arco di un anno, si è tenuto all'interno del dipartimento oncoematologico ed era aperto a tutte le figure professionali.

La malattia è un evento che crea nella persona colpita un forte senso di smarrimento, paura e ansia.

Questo è ancora più evidente nel caso di una patologia oncologica, la quale nel vissuto comune è sintomo di morte.

Senza nulla togliere all'importanza che riveste la scienza medica nel progetto di cura, credo che la relazione che si instaura tra paziente e operatore rivesta un ruolo fondamentale.

Se questa relazione ha dei denominatori comuni con più operatori dell'equipe sicuramente il percorso di malattia del paziente diventa più semplice e comunque condivisibile con altre persone.

Al termine del corso di aggiornamento, il Servizio di Oncologia, ha cercato di individuare il passaggio critico del percorso di cura del paziente oncologico pianificando un progetto che lo migliorasse.

È stato elaborato così, il **PROGETTO DI ACCOGLIENZA** per il paziente che accede al servizio per la prima volta con particolare attenzione al momento della prima terapia.

Dopo la presentazione di questo progetto al resto dell'equipe del Servizio di Oncologia siamo passati alla sua attuazione.

È da circa un anno e mezzo che si attua questo tipo di accoglienza ai pazienti che accedono al servizio per la prima chemioterapia.

Purtroppo in questi ultimi mesi, al Servizio Oncologico, per problemi di personale, (trasferimenti, lunghe malattie e maternità), si sono inseriti nuovi infermieri non sempre in grado di fornire un'informazione completa per mancanza di esperienza e inoltre siamo rimasti per un lungo periodo senza Caposala.

Tale situazione ha ovviamente influito sulla attuazione del progetto.

Nonostante gli inevitabili problemi che si riscontrano, vista la continua evoluzione del reparto e dell'azienda, la mia esperienza riguardante questo progetto rimane del tutto positiva.

Sono una forte sostenitrice della "relazione d'aiuto" che si può e si deve instaurare con il paziente.

Sono convinta che avere una modalità di accoglienza strutturata e soprattutto riconosciuta da tutto il personale non può che agevolare e aiutare a raggiungere questo obiettivo.

È molto gratificante ciò che ricevo dal paziente quando riesco a dedicargli anche solo 15 minuti del mio tempo, per spiegare quello che gli sta succedendo.

Particolarmente appagante è il rapporto che si instaura, ricevere tutti i segnali che il paziente invia per comunicare la sua gratitudine per l'attenzione ricevuta, per la fiducia che infondi e per il sostegno che offri anche quando la situazione è talmente critica da non avere soluzione.

Lui sa, tuttavia, che tu ci sei e ci sarai.

Unitamente a buone abilità e conoscenze tecniche è questa per me la professione infermieristica.



Susanna Sassi

Infermiera

Chirurgia degenza breve - Dipartimento Chirurgico 1

IL PERCORSO ASSISTENZIALE nel dipartimento organizzato per intensità di cure

La nostra relazione contiene in realtà due aspetti ben distinti tra di loro e tuttavia inscindibili.

Io tratterò la prima parte che riguarda in maniera specifica i percorsi assistenziali che vengono erogati alla persona; la mia collega, invece, si occuperà degli aspetti organizzativi senza i quali non sarebbe stato possibile raggiungere gli obiettivi dipartimentali.

La nostra esperienza inizia nel 1997, quando l'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova, in ottemperanza del Decreto Legislativo 30/12/1992 n° 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria" e successive modificazioni ed integrazioni, istituisce i dipartimenti privilegiando l'aggregazione per funzioni.

Il Dipartimento-Area chirurgica primo viene coinvolto in



modo significativo, anche per il riordino normativo delle funzioni dirigenziali: dai reparti di grosse dimensioni vengono create strutture complesse comprendenti strutture semplici, alcune ad indirizzo specialistico. I posti letto delle unità operative affini vengono accorpate al fine di ottimizzare le risorse, creando settori trasversali con l'identificazione e l'assegnazione di numerosi letti dipar-

timentali, collocati in aree di degenza comuni alle varie unità operative.

Il vissuto storico di alcune unità operative dell'area chirurgica prima, che già operavano con settori assistenziali differenziati, ha aperto il cammino ad una nuova integrazione dipartimentale, proponendo l'organizzazione delle attività del dipartimento chirurgico secondo l'innovativo modello per aree di intensità assistenziale.

• I LIVELLI DI ASSISTENZA •

L'organizzazione si basa sul modello dell'"intensità assistenziale" e tiene conto della complessità dell'assistenza richiesta.

I criteri di accesso e i relativi percorsi interni sono definiti come segue:

1. **livello a bassa intensità assistenziale (day hospital e degenza breve)**
 - ricoveri programmati con dimissione entro il sabato mattina
 - ricoveri programmati per intervento chirurgico di alta od altissima chirurgia per completarne la preparazione preoperatoria
 - ricoveri in day surgery
2. **livello a media intensità assistenziale (degenze e servizi)**
 - ricoveri urgenti
 - ricoveri provenienti dalla terapia intensiva postoperatoria
 - ricoveri programmati in mancanza di disponibilità di letti nel primo livello
3. **livello ad alta intensità assistenziale (terapia intensiva post-operatoria)**
 - pazienti chirurgici con caratteristiche cliniche di gravità variabile che richiedano assistenza non erogata

IL PERCORSO ASSISTENZIALE nel dipartimento organizzato per intensità di cure

bile presso il reparto di degenza e non abbiano esigenze di supporti vitali erogabili in terapia intensiva di II livello.

E' evidente quanto questa organizzazione corrisponda alla cultura ed alla pratica infermieristiche da sempre orientate all'erogazione di un'assistenza mirata ai bisogni di vario grado delle persone più che alla loro patologia in quanto tale.

Ogni figura professionale partecipa al progetto assistenziale-terapeutico del malato esercitando la propria competenza e professionalità all'interno del proprio ruolo, cercando sempre di interagire con le altre figure che sono coinvolte nel progetto stesso.

•PERCORSI DI CURA•

La "persona" che accede al nostro dipartimento può se-

guire un percorso esterno oppure un percorso interno. Le modalità di accesso del cittadino secondo il percorso interno possono essere di tipo programmato o urgente.

•PAROLE CHIAVE•

- Continuità assistenziale
- Integrazione delle risorse e dei professionisti
- Valorizzazione delle competenze e delle professionalità

•PIANIFICAZIONE DEL PROCESSO ASSISTENZIALE•

- Accoglienza
- Preparazione pre-operatoria
- Intervento chirurgico
- Assistenza post-operatoria
- Dimissione



Romana Reglioni
Infermiera
Urologia - Dipartimento Chirurgico 1

La realizzazione dei percorsi assistenziali che vi sono stati illustrati dalla collega nella prima parte della relazione non sarebbe stata possibile senza l'impegno di un lavoro comune volto a: **INDIVIDUARE SOLUZIONI E INTERVENTI COMUNI A PROBLEMATICHE TRASVERSALI**. Il primo obiettivo è stato quello di omogeneizzare i percorsi assistenziali, le procedure e gli strumenti informativi al fine di garantire la continuità assistenziale e di promuovere e favorire il processo dell'integrazione dipartimentale.

•STRUMENTI DI INTEGRAZIONE•

Per ottenere questo abbiamo elaborato degli strumenti operativi di integrazione

- la cartella infermieristica
- la scheda terapeutica integrata

- procedure e protocolli
- modulistica dipartimentale
- la rete informatica interna
- la lettera di dimissione integrata

Tutto questo è stato un importante momento di confronto professionale in cui gli operatori hanno applicato il sapere infermieristico acquisito nel quotidiano esercizio professionale.

L'ultimo di questi strumenti elaborato è la "Lettera di dimissione integrata medico-infermiere" il cui utilizzo non è ancora a regime, ma che contiamo di applicare il più presto possibile.

Come esempio di strumenti comuni prendiamo in considerazione la cartella infermieristica: **il modello teorico di riferimento utilizzato è stato quello di V.Handerson**

basato sull'individuazione dei bisogni di assistenza.

Questo modello di riferimento è stato scelto per due motivi:

1. l'individuazione dei bisogni di assistenza ci consente di elaborare un percorso assistenziale il più possibile personalizzato,
2. è il modello più conosciuto dal personale infermieristico del dipartimento.



•RETE DIPARTIMENTALE•

La rete dipartimentale rappresenta una risorsa fondamentale per ottenere gli obiettivi di assistenza prefissati attraverso la rete dei progetti, questi sono:

- formazione,
- accreditamento,
- strumenti di integrazione,
- valorizzazione dei professionisti,
- governo clinico.

•VALORIZZAZIONE DEL RUOLO INFERMIERISTICO•

Il riconoscimento della esperienza professionale, della competenza e della responsabilità porta alla valorizzazione del ruolo infermieristico.

Una ulteriore risorsa è la mobilità intra-dipartimentale che è attuabile grazie alla formazione comune e al percorso di inserimento dei nuovi assunti che ruotando nel dipartimento hanno la possibilità di acquisire le conoscenze necessarie all'assistenza e tutte le compe-

tenze trasversali al dipartimento.

Partendo dal presupposto che la qualità del servizio è garantita soprattutto dalla professionalità degli operatori, nel dipartimento vengono implementati progetti di sviluppo professionale assegnati dalla Direzione infermieristica e rivolti alla valorizzazione del ruolo infermieristico.

Ne sono esempi:

- i profili di competenza con la valorizzazione del ruolo infermieristico e l'inserimento del personale di supporto,
- la consulenza infermieristica,
- percorsi formativi dipartimentali.

Per orientare il cambiamento e sviluppare la cultura dipartimentale si organizzano annualmente iniziative di forte aggregazione quali seminari infermieristici finalizzati:

- allo sviluppo professionale,
- all'integrazione dipartimentale,
- alla socializzazione dei progetti.

Nei seminari infermieristici trovano un'adeguata esplicitazione l'andamento dei progetti in itinere e la programmazione futura.

I relatori sono spesso gli stessi operatori: vengono prodotti costantemente gli atti dei seminari.

Questi hanno sempre contenuti di diretto e rilevante interesse professionale, con tematiche multidisciplinari che coinvolgono in modo specifico il dipartimento e sono contestualizzabili nel quotidiano.

Terminiamo la nostra relazione ritornando all'immagine del ponte che idealmente collega noi alle persone che afferiscono al nostro dipartimento, noi stiamo camminando sul ponte per raggiungerli, "ci stiamo avvicinando".





Yvetta Caroline Fasano

Infermiera

Ortopedia degenza - Dipartimento Chirurgico 2

LA DIMISSIONE PROTETTA IN ORTOPEDIA: l'esperienza e la competenza dell'infermiere al servizio del paziente e della famiglia.

Quando ci è stato proposto, come Dipartimento Chirurgico 2°, di partecipare a queste due giornate di lavoro, i coordinatori, con il responsabile infermieristico del dipartimento si sono trovati per decidere quale tipo di esperienza poteva essere portata. Sottolineo che, l'esperienza doveva ricoprire caratteristiche coinvolgenti e innovative dove fosse emergente il ruolo e la competenza dell'infermiere, alla luce del nuovo profilo professionale e codice deontologico: quindi è stato deciso di presentare la Dimissione Protetta in Ortopedia.

Vediamo allora perché in ortopedia ha tanta rilevanza questo processo.

Negli ultimi dieci anni è avvenuto un cambiamento culturale degli infermieri che ha permesso di realizzare diversi progetti:

- Elaborazione delle procedure riguardanti tutte le fasi assistenziali dall'accoglienza alla dimissione.
- Inserimento del personale di supporto O.T.A. e O.S.S.
- Rielaborazione dei piani delle attività.

Durante l'elaborazione di questi progetti, avvenuta tramite diversi percorsi formativi interni è emersa l'importanza della presa in carico del paziente e relativo soddisfacimento dei bisogni in tutte le fasi assistenziali.

In particolar modo la fase di dimissione si è rilevata un nodo critico, evidenziando diverse carenze rispetto alle aspettative dei pazienti e della nuova "Vision" delle Istituzioni.

Infatti da un lato la tipologia dei pazienti nel corso degli anni si è trasformata:

- Aumento della vita
- Aumento delle aspettative di vita
- Presenza di patologie concomitanti
- Complessità delle situazioni familiari con difficoltà nel reinserimento dell'anziano a domicilio.

Dall'altro lato si è modificata l'attenzione delle Istituzioni, infatti nel 1994 è stata emanata una legge Regionale (n° 5/94) che sancisce le responsabilità delle Divisioni Ospedaliere in occasione delle dimissioni di anziani non auto-sufficienti, di programmare con tempi e modi le dimissioni stesse sentita la famiglia e l'Unità di Valutazione Geriatrica al fine di utilizzare la rete dei Servizi Socio Sanitari Integrati per la popolazione anziana.

Importante inoltre ricordare la partecipazione, sin dall'anno 2000, della nostra caposala e dal 2003 di un medico dell'U.O. di ortopedia e di un infermiere, a un percorso formativo integrato tra Azienda Ospedaliera, Azienda U.S.L. e Servizio Assistenza Anziani di Reggio Emilia, avente il seguente titolo: **"percorso di consulenza al funzionamento coordinato dei servizi sanitari del distretto di Reggio Emilia"**

Nato come un percorso conoscitivo dei vari attori e del modo di agire, nella presa in carico dell'anziano, si è sviluppato negli anni con l'identificazione della tipologia dei clienti, l'individuazione dei nodi critici, la comprensione della complessità di ogni punto della rete e con la ricerca di soluzioni sempre più interattive e adeguate per il paziente e la sua famiglia.

Questo percorso integrato ha visto coinvolte diverse professionalità:

- Responsabile del S.A.A.
- Assistenti sociali ospedalieri e territoriali.
- Medici ospedalieri (U.O. DI Ortopedia, Geriatria, Medicina Fisica e Riabilitativa, Lungodegenza), e territoriali (R.S.A., Casa Protetta ecc.)
- Coordinatori ed infermieri ospedalieri e territoriali.

Vediamo ora in sintesi com'è strutturata la nostra procedura:

LA 1° FASE: ACCOGLIENZA

Fa riferimento all'accoglienza dov'è prevista una raccolta dati che deve evidenziare:

LA DIMISSIONE PROTETTA IN ORTOPEDIA: l'esperienza e la competenza dell'infermiere al servizio del paziente e della famiglia.



- il livello di autonomia del paziente prima del ricovero,
- le condizioni di salute,
- le condizioni sociali (es. con chi vive, da chi è seguito).

E' di fondamentale importanza per noi considerare il paziente ma anche la famiglia, infatti i familiari possono usufruire di un colloquio con l'infermiere esperto per una programmazione della dimissione.

LA 2° FASE:

si sviluppa, nella maggior parte dei casi al rientro del paziente dalla terapia sub intensiva, attraverso la valutazione del paziente ed un nuovo colloquio con la sua famiglia. E' in questo momento che l'infermiere esperto di dimissione si rapporta con le altre professionalità per avere informazioni necessarie al fine di una corretta pianificazione da presentare ai familiari.



Le professionalità coinvolte sono:

- il medico di U.O.,
- il medico fisiatra,
- il fisioterapista,
- i colleghi infermieri ed O.T.A..

L'infermiere esperto preso atto delle condizioni effettive del

paziente elabora una proposta di dimissione. E' importante in questo momento, il confronto con la famiglia perché è in questa fase che si deciderà se il paziente potrà tornare a domicilio o se dovrà essere attivato un percorso alternativo ed un'eventuale segnalazione all'Accoglienza Sociale.

3° FASE:

attivazione della dimissione adeguata

- a domicilio
- in lungodegenza
- in medicina fisica riabilitativa

Dimissione a domicilio

Valutata la possibilità di dimissione a domicilio l'infermiere esperto parlerà con i familiari che dovranno prendere in carico il paziente. Verranno definiti i tempi e gli obiettivi da raggiungere durante la degenza, verrà predisposto un piano di educazione sanitaria e verrà valutato assieme ai familiari la necessità di richiesta di ausili per il domicilio. Se necessario si contatta il Servizio Infermieristico Domiciliare informandolo mediante accordi telefonici, delle prescrizioni e della data di dimissione. In alcuni casi viene anche attivato il Servizio Sociale Domiciliare, tramite richiesta al Servizio Sociale Territoriale (es. pasti a domicilio).



Dimissione in lungodegenza

Per lungodegenza si intende il trasferimento in Casa di Cura convenzionata per un mese. Viene presa in considerazione questa scelta di lungodegenza quando:

- il familiare predilige una soluzione gratuita e si renda disponibile a garantire l'aiuto quotidiano alla deambulazione,
- il paziente non può effettuare riabilitazione e la famiglia non riesce a prendersene cura a domicilio,

LA DIMISSIONE PROTETTA IN ORTOPEDIA: l'esperienza e la competenza dell'infermiere al servizio del paziente e della famiglia.

- è stato già attivato un percorso di R.S.A. e i tempi di trasferimento sono lunghi rispetto al tempo che intercorre tra la visita di valutazione geriatrica e il ricovero in R.S.A..

Concordata la dimissione in lungodegenza si procede alla compilazione della richiesta da inviare al Medico referente della Direzione Sanitaria. Avuta la disponibilità da parte della Casa di Cura, il Medico di Direzione attiva l'U.O. per concordare il trasferimento/dimissione che avverrà in giornata. L'infermiere esperto a questo punto avvisa il paziente, la sua famiglia ed il personale infermieristico trasmettendo i dati più significativi a cui farà seguito la dimissione infermieristica.

Trasferimento in medicina fisica e riabilitativa

Viene utilizzato questo tipo di percorso per pazienti col-laboranti, che necessitano di circa 10/15 giorni di recupero funzionale, per ritrovare almeno parzialmente la loro autonomia per poi andare al proprio domicilio. Anche qui si valuta il paziente al rientro dal Room, si chiarisce con il familiare la disponibilità ad accogliere nel giro di 15 giorni circa, il paziente a domicilio. Il medico compila la richiesta di trasferimento nel reparto di Medicina Fisica e Riabilitativa, quindi il Fisiatra effettua una prima valutazione confrontandosi anche con i fisioterapisti che hanno in cura il paziente.

Dimissione/trasferimento in struttura riabilitativa assistenziale (r.s.a.)

La tipologia del paziente individuata per un percorso in R.S.A. si affida spesso ad una valutazione interdisciplinare con assistenti sociali, medico di U.O. e familiari. Normalmente il percorso predilige pazienti anziani con o senza patologie concomitanti, ma che a causa di un evento acuto (frattura di femore), hanno perso una o più

funzioni e necessitano di una riabilitazione globale estensiva. L'infermiere esperto provvede, come da procedura aziendale, a compilare la scheda di segnalazione informatizzata da inviare all'assistente sociale. Qui emergono dati fondamentali quale diagnosi, bisogni assistenziali e riabilitativi, proposte di percorso.

L'infermiere esperto si rapporta con l'assistente sociale e la famiglia, viene inoltrata la richiesta di U.V.G che è composta dal Medico Geriatra, dall'Assistente Sociale Territoriale (responsabile del caso), e da un'infermiere di Geriatria.

L'U.V.G. si confronta con il familiare per il progetto di cura, l'aspetto economico, ed invia la relazione al servizio Assistenza Anziani del Comune che si farà carico di assegnare il posto in R.S.A.

Questa soluzione è sicuramente ottimale per molti anziani.

Un nodo critico importante sono i tempi di gestione, che a volte creano disguidi di natura organizzativa per l'Unità Operativa.

CONSIDERAZIONI PERSONALI

In tutti questi anni di lavoro, ho potuto rafforzare la mia esperienza personale grazie al fatto di credere molto alla risoluzione (anche parziale) della dipendenza del paziente anziano dopo il ricovero in ortopedia; e di mettere sempre al primo posto il paziente ma non solo come malato ma come individuo.

Un punto di forza che ho sempre tenuto presente, è stato quello di mettermi in discussione, cercando di capire se come professionista avevo agito in maniera corretta.

Non posso negare che ci siano state, e che ci siano ancora difficoltà nel rapporto con i familiari ma riesco a superare questo ostacolo ponendomi la domanda: se ci fossi io al loro posto?

Vorrei il meglio per il mio parente, quindi un professionista disponibile all'ascolto di tutte le mie problematiche, e che mi indichi non solo una strada percorribile ma una soluzione possibile.

Per tanto tutti i miei comportamenti sono volti ad impostare una buona relazione attraverso i canali della comunicazione positiva.

Mi sento privilegiata rispetto ai miei colleghi di aver potuto sfruttare questa grande occasione di esperienza, che mi ha evoluto come persona e come professionista, specialmente nel rapportarmi con tutte le professionalità coinvolte in questo percorso, insomma una grande crescita!





Mariapaola Lince

Responsabile Infermieristica Dipartimentale
Dipartimento Medico 1

Marco Ganassi

Dipartimento Medico 1

L'infermiere esperto: la consulenza per il paziente diabetico

L'analisi del contesto sanitario attuale impone una riflessione approfondita e sistematica su come il personale che eroga assistenza possa dedicarsi alla risposta ai bisogni manifestati dal paziente. Il contesto assistenziale può essere analizzato attraverso i 3 attori dell'assistenza: l'utente, il professionista e l'organizzazione.

L'utente che si trova a dover utilizzare il sistema sanitario, è sempre più informato, legge, utilizza i mezzi informatici e ha dalla propria parte Associazioni che lo supportano e dalle quali attinge ulteriori informazioni. In genere queste associazioni o comitati operano anche all'interno dell'organizzazione sanitaria quali organismi privilegiati per la rilevazione e il miglioramento della qualità dei servizi erogati al cittadino, promuovono e favoriscono la partecipazione dei cittadini ai processi decisionali aziendali e si offrono come strumento di collegamento fra la struttura erogante e l'utente.

Il professionista che opera per la salute ha il compito di aggiornarsi sulle tematiche che riguardano la propria attività (ECM) ed è al contempo chiamato a lavorare secondo evidenze provate e condivise dal mondo scientifico internazionale. Questo comporta conoscenza di base, studio continuo e confronto, poiché utilizzare conoscenza scientifica serve per dare risposte efficaci ai pazienti, diventa quindi fondamentale la continua analisi dei processi assistenziali e terapeutici anche perché la pratica quotidiana rivisitata in quest'ottica, porta all'acquisizione della consapevolezza che la troppa sicurezza o la mancanza di confronto su pratiche date "per scontate" induce all'inadeguatezza delle prestazioni o addirittura ingenera errori che non possono essere ritenuti accettabili sulla persona.

L'organizzazione intesa come ente ha l'obbligo di coordinare gli altri 2 attori in funzione delle richieste dell'uno e delle risposte possibili proposte dal secondo con una attenzione sempre maggiore all'integrazione fra i ruoli.

In un contesto come quello sopra descritto può nascere la proposta dell'attivazione della consulenza infermieristica. L'infermiere è un operatore sanitario che è in possesso di un titolo di studio che abilita allo svolgimento della professione avvalendosi di un percorso formativo specifico e professionalizzante e può di seguito continuare la propria formazione anche attraverso associazioni di professionisti specializzati in determinati settori in grado di offrire formazione specifica e riconosciuta. I percorsi formativi così ottenuti consentono al professionista di aumentare le sue responsabilità professionali e di ottenere una maggiore definizione del suo ruolo all'interno del team assistenziale.

L'Infermiere **NEOFITA** dimostra frequentemente conoscenze teoriche non ancora verificate nella pratica, poca flessibilità, una difficoltà a distinguere l'essenziale dal secondario, la pressante necessità di regole e procedure, dimostra una difficoltà a cogliere l'insieme ed è autocentrato.

L'Infermiere **ESPERTO** sa riconoscere le similitudini e le differenze, agisce mirando all'essenziale, sta nella complessità e la gestisce, sa decidere nelle situazioni di incertezza valutando i benefici e le possibili conseguenze e riconosce le appartenenze. Dal Codice Deontologico dell'Infermiere inoltre si desume che *"L'Infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento e alla consulenza di esperti. Riconosce che l'integrazione è la maggiore possibilità di fare fronte alle necessità dell'assistito."*

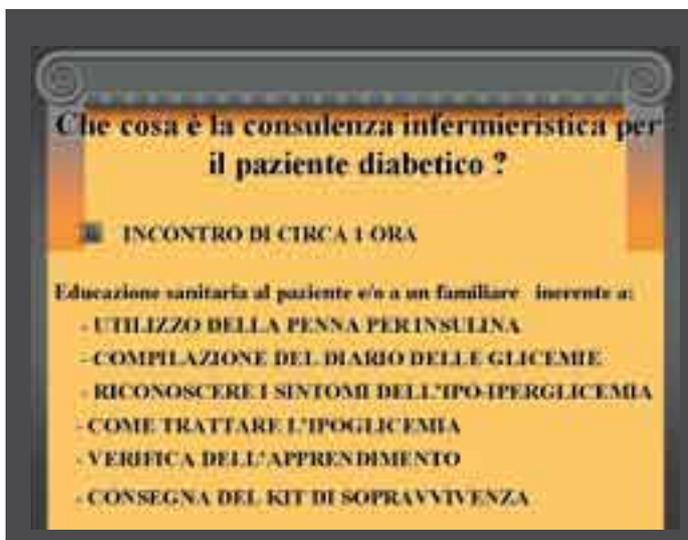
Riconosce l'importanza di prestare consulenza ponendo

L'infermiere esperto: la consulenza per il paziente diabetico



le proprie abilità e conoscenze a disposizione della comunità professionale".

Ma a questo punto è possibile domandarsi se la consulenza è una novità e quale potrebbe essere una esemplificazione delle Medicine Interne di applicazione della Consulenza Infermieristica.



La novità risiede nello strutturare in modo organizzato la prestazione infermieristica, nella progettualità e nello sviluppo organizzato della Consulenza.

Il Consulente è una risorsa prima di tutto per la struttura organizzativa di appartenenza può diventare, di conseguenza, anche una risorsa per gli altri contesti operativi.

Esiste un rapporto fra consulenza e formazione?

La competenza del consulente richiede formazione e ag-

giornamento continuo nello specifico della prestazione di consulenza.

Quali effetti possono scaturire da una buona consulenza?

- Sicurezza per il paziente
- Maggiore autonomia per il paziente e i familiari
- Sviluppo di competenze degli operatori
- Soddisfazione professionale per il consulente

Perché proprio la consulenza diabetologica?

È fondamentale ricordare che la Diabetologia è la specialità che per prima ha iniziato il lavoro in team con il coinvolgimento dell'Infermiere e l'elevato numero di diabetici ricoverati ha reso urgente il coinvolgimento di più figure professionali per dare risposta ai bisogni che l'Associazione dei Pazienti Diabetici, molto attenta alle necessità dei malati, ci ha segnalato.

Dall'analisi del contesto sociale e dalle sollecitazioni dei comitati dei cittadini e dall'Associazione Diabetici, l'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova di Reggio Emilia ha riscontrato la necessità di un intervento educativo durante la degenza ordinaria al paziente diabetico trattato con insulina per la prima volta.

L'analisi delle criticità ha riscontrato che durante l'anno sono stati ricoverati 3000 casi uniformemente distribuiti in tutte le U.O.: su questi era frequente la richiesta di intervento di consulenza medica diabetologica, ma si è evidenziato che l'assistenza correlata diventava insufficiente per quanto riguarda l'impatto dietologico alla malattia, la gestione del controllo della glicemia al dito (stick), la somministrazione della terapia insulinica e la relativa gestione del materiale.

Per tutti questi eventi ci si affidava alla buona volontà dei singoli infermieri e alla loro conoscenza del problema diabetico. Di conseguenza i centri territoriali riscontravano che il paziente dimesso "vagava" senza avere ben chiaro quello che dovesse fare per affrontare la propria malattia, non sapeva come gestirla dal punto di vista pratico e non aveva materiale sufficiente per arrivare in sicurezza al centro diabetologico territoriale.

Lo studio sulle possibili risposte e le risorse disponibili ha evidenziato che un infermiere, per proprie motivazioni personali, seguiva il problema frequentando corsi, studiando e approfondendo le tematiche legate al paziente diabetico.

L'infermiere esperto: la consulenza per il paziente diabetico



Si è così strutturata la "consulenza infermieristica per il paziente diabetico" che consiste in un'ora (circa) dedicata al singolo paziente, da svolgersi nell'ambulatorio diabetologico o al letto del malato.

La richiesta viene attivata dal reparto di degenza attraverso una richiesta preordinata che tutti gli operatori dell'Azienda possono trovare in Intranet.

Nel corso della consulenza si informa il paziente e/o un suo familiare sull'utilizzo della siringa o della penna, si insegna ad eseguire correttamente il controllo della glicemia (utilizzo della striscia e del glicemometro) e a compilare il diario glicemico.

Si informa come riconoscere i sintomi della ipo o iperglicemia, si fissa un incontro con la dietista e dopo una prima verifica di apprendimento si consegna un kit con il materiale necessario ad arrivare alla prima visita del centro territoriale.

Al termine della consulenza viene consegnata al diabetico una lettera di dimissione infermieristica ove sono riportate informazioni sulla consulenza e l'appuntamento al centro territoriale di competenza.

Conclusioni:

Riteniamo che il progetto presentato sia un modo razionale di garantire a tutti i diabetici ospedalizzati un'educazione essenziale ed uniforme per la gestione della

terapia insulinica e degli episodi ipoglicemici, che permetta loro di raggiungere in modo programmato e con meno disagi possibili il Servizio di Diabetologia territoriale.

Gli Infermieri e i Medici dell'Azienda trovano in questo tipo di Consulenza un appoggio sicuro per la dimissione di un paziente complesso e spaventato dalla patologia, come è il diabetico. L'esperienza, nata nel maggio 2004 e pubblicizzata su Intranet e, nel dicembre u.s. anche sul Giornalino dell'Associazione Diabetici è decollata e subito stata accolta con calore dagli infermieri delle varie unità operative, oltre che ovviamente dai pazienti.

L'Associazione è intervenuta ai gruppi educativi dando utili suggerimenti. La richiesta di consulenza è aumentata in modo esponenziale. Alla partenza l'Infermiere ha eseguito 18 consulenze al mese, mentre a Dicembre dello stesso anno le consulenze eseguite sono state 40, per un totale di oltre 200 consulenze, con un trend in crescita. In prospettiva si possono ipotizzare anche altri tipi differenziati di intervento per pazienti che non vengono insulinizzati per la prima volta. Il progetto partecipa con un poster al Concorso Health Promoting Hospitals Italiano e al Concorso Health Promoting Hospitals Europeo di Dublino.

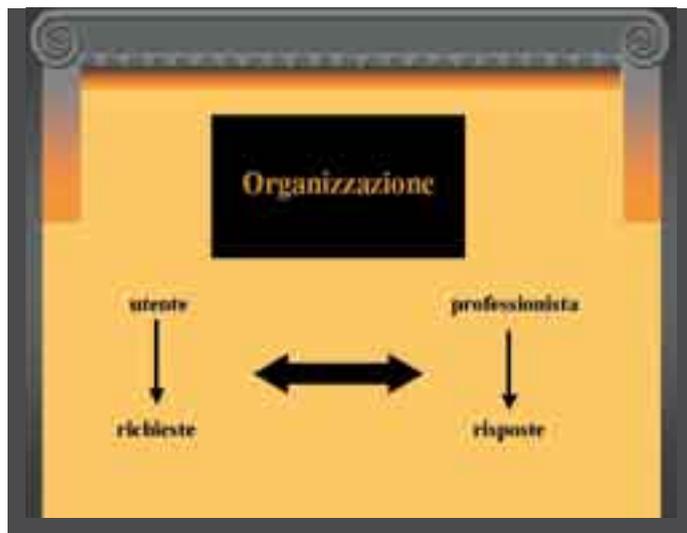


Morena Cinzia Arduini
Infermiera
Angiologia - Dipartimento Medico 1

L'infermiere esperto: la consulenza di wound-care

Chi è l'infermiere ESPERTO IN WOUND-CARE?

L'Infermiere esperto in Wound-Care, data la sua formazione, si presenta come la figura professionale più adatta ad affrontare il problema in modo globale (cura delle lesioni cutanee).



LA MIA ESPERIENZA

Nel 1999 nasce in Angiologia un ambulatorio per la cura delle lesioni vascolari degli arti inferiori (circa 250 medicazioni nell'anno).

Nel 2001 prima stesura di un protocollo inerente l'attività ambulatoriale, (trattamento delle lesioni vascolari).

Nel 2003 per esigenze di tipo organizzativo viene redatta una scheda informatizzata.

Nel 2004 nasce la necessità di approfondire le mie conoscenze riguardanti la prevenzione e cura delle lesioni

di diverse eziologia.

Tramite l'A.I.S.L.e.C (Associazione Infermieristica Studio delle Lesioni) apolitica e senza fini di lucro ho frequentato il corso universitario di Perfezionamento in Infermiere Esperto In Wound-Care Università Bicocca di Milano (2004).

Maggio 2004: nasce il C.A.U.V. (Centro Angiologico Ulcere Vascolari), unico all'interno della nostra azienda, nella provincia di R.E, ma soprattutto ambulatorio infermieristico (3000 medicazioni e altrettanti bendaggi), fin da subito scelto dall'A.I.S.L.e.C. come sede di tirocinio per gli studenti universitari del corso Wound-Care insieme a quello di Genova, unici nell'Italia del Nord.

Agosto 2004: stesura delle Linee Guida per prevenzione e trattamento delle lesioni da Decubito, Vascolari, Diabetiche per l'Azienda Ospedaliera (vedi intranet).

Dicembre 2004: elaborazione dati consulenze in Medicina 1^a. Da Maggio a Dicembre n° 58.

Febbraio 2005: Implementazione della procedura per la gestione di prevenzione e cura delle lesioni da pressione attraverso un work-shop di Dipartimento (partecipazione di 90 operatori su 120).

Percorso per accedere al C.A.U.V.

Il paziente giunge da noi con richiesta del curante o del P.S.:

- Visita angiologica+valutazione infermieristica (definizione eziologia lesione).

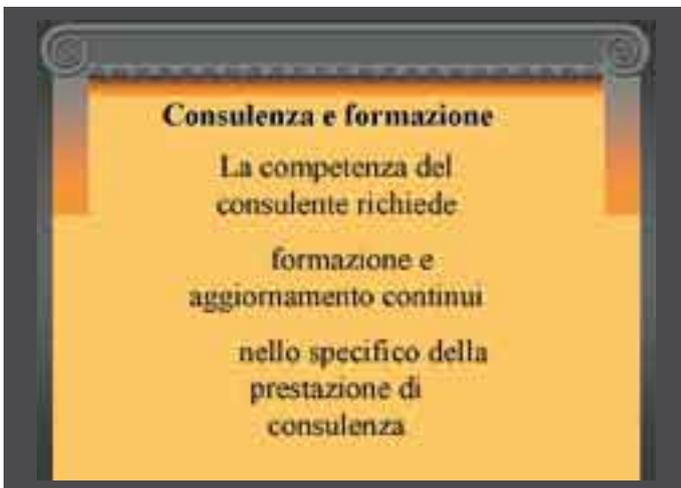
- Presa in carico dell'utente.
- Compilazione di scheda personale+valutazione della lesione +documentazione fotografica.
- Scelta della medicazione.
- Effettuazione della medicazione.
- Definizione del prossimo controllo.

L' INFERMIERE ESPERTO IN WOUND-CARE

Credo sia importante mettere a disposizione di altri la propria competenza, contribuendo appieno a quell'integrazione che è indispensabile in un ambiente sanitario, per far fronte a bisogni molteplici e complessi.

La figura che può fare ciò, è: UN ESPERTO
Compiti dell'infermiere esperto in Wound-Care:

- attività di prevenzione,
- attività di cura,
- attività di formazione,
- attività di ricerca.



LA CONSULENZA DELL'ESPERTO IN WOUND-CARE Attivazione

- Richiesta telefonica ai n° 6317-1717.
- Si concordano data ed ora (approssimativa) possibilmente entro le 24 ore dalla richiesta .
Tutti i giorni esclusi i festivi e le domeniche.

- Insieme all'infermiere dell'unità operativa richiedente si va al letto del paziente dove verranno effettuate:

- valutazione generale del paziente,
- valutazione della lesione,
- scelta della medicazione,
- effettuazione della medicazione.

- L'infermiere dell'U.O. dovrà compilare (in duplice copia) la richiesta di consulenza su apposito modulo (vedi modulistica intranet) che verrà utilizzato per:

- confermare l'avvenuta consulenza,
- lasciare traccia scritta nella cartella clinica ed infermieristica,
- descrivere le prestazioni erogate ed eventuali suggerimenti e/o procedure adeguate al caso,
- una copia dovrà essere consegnata al consulente come prova della consulenza eseguita.

Un caso.

F. ETA' 52

Vasculite crioglobulinemica

Complicata da vasculite necrotizzante

La richiesta di consulenza e' giunta da parte del Responsabile del Servizio di Reumatologia, il quale, visto la complessita' del caso, ha ritenuto opportuno rivolgersi ad una figura competente per una valutazione del quadro e un possibile trattamento.

RIFLESSIONI

Ancora una volta uno specifico percorso formativo è alla base della nascita di una nuova consulenza.

Ancora una volta è il numero di pazienti richiedenti che ha determinato la nascita della nuova consulenza.

Le consulenze proposte sono solo esempi, si spera 'stimolanti' di nuove possibilità di gratificazione per l'infermiere.

L'interazione positiva tra i protagonisti del processo assistenziale, porta a progressi organizzativi che non necessariamente significano un aumento della spesa e/o del carico di lavoro.

Il clima lavorativo è migliore grazie alla maggiore soddisfazione di tutti.



Katiuscia Chirico

Infermiera

Malattie Infettive - Dipartimento Diagnostica per Immagini

IL PAZIENTE CON TUBERCOLOSI POLMONARE: prendersi cura della stessa persona attraverso un percorso assistenziale integrato

La tubercolosi è una malattia importante, responsabile di circa 2 milioni di morti ogni anno nel mondo (dati OMS 1997/98).

Particolarmente colpiti sono soggetti indeboliti da altre malattie (come ben dimostrato dal caso dei malati di AIDS), soggetti che vivono in scadenti condizioni socio-economiche, soggetti indeboliti dall'età avanzata.

Le cattive condizioni di vita, ed in particolare la mal nutrizione, intesa come alimentazione scarsa ed insufficiente, favoriscono l'espansione della malattia perché indeboliscono l'organismo ed il suo sistema immunitario.



Nei paesi in via di sviluppo la TB colpisce circa il 60% dei giovani adulti, quindi donne fertili e uomini abili al lavoro ed al sostentamento delle famiglie. Il 9% delle giovani donne, dai 15 ai 45 anni, che ogni anno muore nel mondo è dovuto alla TB. L'HIV è responsabile del 3% delle morti nella stessa fascia d'età.

Ma a differenza di HIV e guerre la TB è una causa di morte che può essere affrontata, combattuta in modo relativamente semplice, riducendo o eliminando le ini-

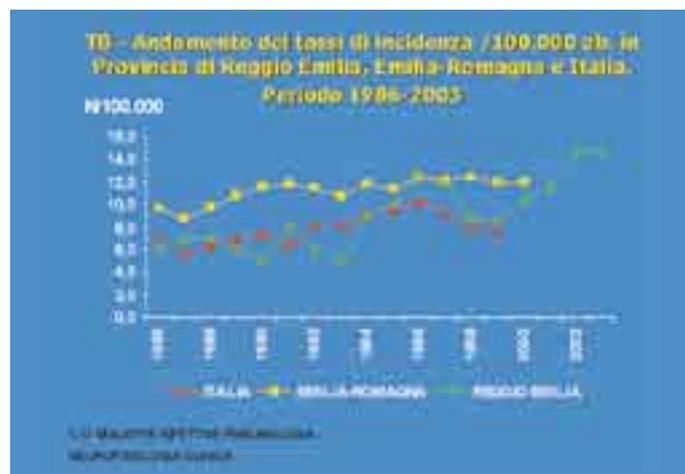
quità sociali, osservando e controllando i gruppi sociali più vulnerabili, favorendo l'accesso al trattamento raccomandato dal WHO (OMS), noto come DOTS.

DOTS è il trattamento chemioterapico somministrato sotto diretta osservazione, a breve termine, che si è rivelato molto efficace (fonti WHO/OMS) associato ad altre misure combinate insieme:

- impegno politico dei paesi maggiormente coinvolti (paesi asiatici: India, Cina, Pakistan, etc);
- individuazione dei casi attraverso l'analisi delle secrezioni polmonari;
- regolare e costante fornitura degli antibiotici;
- monitoraggio e valutazioni costanti dei risultati del trattamento.

Nelle zone dove queste misure sono state adottate, i tassi di mortalità relativi all'infezione da TB sono stati ridotti di cinque volte e ora si aggirano intorno al 4-5%. (Fonte: U.N. Chronicle; n°1; anno 1999)

LA TUBERCOLOSI IN ITALIA E A REGGIO EMILIA



IL PAZIENTE CON TUBERCOLOSI POLMONARE: prendersi cura della stessa persona attraverso un percorso assistenziale integrato

In Italia l'incidenza dal 1986 al 2003, in 17 anni, ha avuto un andamento altalenante, con tendenza ad una certa stabilità, ed è attestato tra il 6% e l'8%.

Così per la nostra provincia, dove però la tendenza è alla crescita, attestata ora intorno al 15%, con fasi di alti e bassi negli anni in osservazione.

Nella nostra provincia (dati S.I.P.) viene curato con successo il 92.5% delle forme polmonari (le più diffuse), secondo le raccomandazioni WHO/OMS; il che significa che 32 malati su 39 guariscono.

Fattori chiave dell'aumento costante di casi dal 1980 sono:

- Incremento delle cause di immunodeficienza, associato al progressivo aumento delle persone anziane;
- Incremento dei flussi migratori (4.1% all'1-1-2000).



Inoltre è diventato più efficiente il sistema di notifica al S.I.P..

Nella nostra provincia dal 1999 è attivo un gruppo interaziendale provinciale con compiti di coordinamento, sorveglianza e controllo della TB composto da un selezionato numero di specialisti e professionisti interessati e coinvolti dal problema.

Questo gruppo interaziendale rappresenta il "BRACCIO OPERATIVO" di un modello organizzativo che ha messo in sinergia le diverse capacità, esperienze e professionalità, potenziandole anziché disperderle.

Punti di forza di tale modello sono:

- condivisione e adozione diffusa delle Linee Guida elaborate;
- il coinvolgimento dell'organizzazione "C. S. F. S." della Caritas;
- adozione di due ambulatori per il follow-up mensile dei pazienti (uno presso U.O. Pneumologia e uno presso U.O. Malattie Infettive);
- la presenza costante di un mediatore culturale durante le visite ambulatoriali e se necessario durante la degenza ospedaliera;

- la gratuità di tutte le prestazioni sanitarie e di tutti i farmaci (anche non in fascia A) che vengono distribuiti direttamente;
- adozione della DOT (terapia direttamente osservata) presso il "Centro S.F.S."

Grazie a questa organizzazione e a questo sforzo, anche culturale, nel 2000 sono stati notificati al S.I.P. 34 casi, di cui l'85.7% è stato trattato con successo; nel 2001, dei 41 casi notificati, quelli curati con successo sono stati il 90%.

Tre sono i motivi chiave dei risultati cui si è pervenuti a Reggio Emilia:

- organizzazione orientata ad una diagnosi precoce;
- organizzazione orientata ad una adesione alla terapia (terapia sotto osservazione-DOTS);
- controllo dei contatti più efficace.

Ruolo dell'infermiere nelle U.O. di Pneumologia e Malattie Infettive

Da un punto di vista tecnico l'assistenza al paziente affetto da TB (prevalentemente polmonare) è abbastanza semplice. Si tratta infatti, per lo più, di soggetti appartenenti a due distinte categorie:

- da una parte gli stranieri, spesso senza regolare permesso, provenienti da Cina, India, Pakistan, Nord-Africa e meno frequentemente dall'Est Europa. Sono quasi sempre giovani-adulti, nei quali la TB è spesso la sola emergenza patologica. A parte l'infezione tubercolare, infatti, sono uomini e donne che godrebbero di buona salute.
- Dall'altra parte gli anziani, ultra 65enni, nei quali più che di contagio si parla di riacutizzazione di una infezione provocata dal "risveglio" di Microbatteri dopo molti anni di "letargo".

Questa ricaduta coincide con il decadimento delle condizioni generali del soggetto anziano e l'indebolimento del sistema immunitario. Circostanze che permettono il "risveglio" dei Bacilli patogeni.

Per entrambe le tipologie di soggetti l'attenzione dell'infermiere è prevalentemente orientata a tre obiettivi:

- controllare e favorire la regolare e corretta assunzione dei farmaci (la terapia è di norma a base di quattro medicinali);
- controllare e favorire l'alimentazione dei pazienti che sono frequentemente sotto peso;
- controllare i contatti ed il rispetto delle misure di isolamento.

Isolamento

Isolamento, per il periodo di contagiosità, dei pazienti

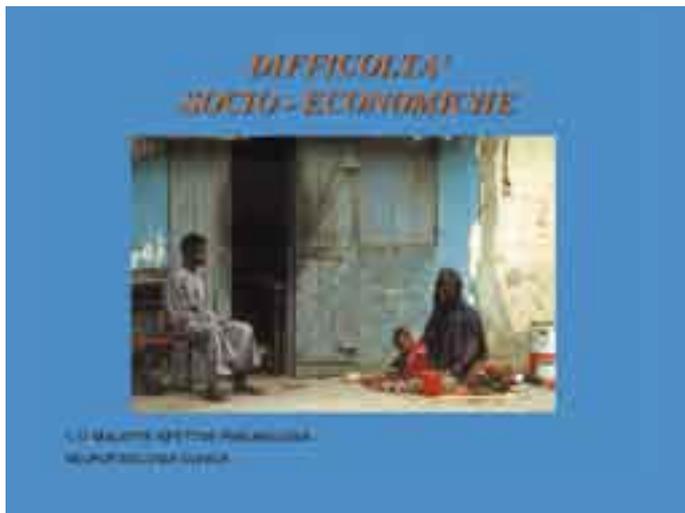
IL PAZIENTE CON TUBERCOLOSI POLMONARE: prendersi cura della stessa persona attraverso un percorso assistenziale integrato

infetti dagli altri pazienti, in un ambiente e condizioni tali da prevenire la trasmissione dell'agente infettivo.

L'isolamento respiratorio è indispensabile per prevenire la trasmissione per via aerea che si verifica sia per disseminazione di nuclei di goccioline evaporate (che contengono microrganismi che rimangono sospesi nell'aria per un lungo periodo), sia di particelle di polveri contenenti l'agente infettivo.

L'isolamento è necessario fino a quando non si riscontrano segni clinici di ridotta contagiosità.

La stanza per l'isolamento deve essere a pressione negativa.



Durante il periodo di degenza deve essere effettuata una disinfezione sistemica su tutti i materiali biologici del paziente e sugli oggetti da questi contaminati; al termine della degenza ci sarà una disinfezione dell'ambiente in cui ha soggiornato il paziente.

È necessario informare il paziente sulle norme di isolamento:

- tenere le porte della stanza chiusa;
- lasciare la stanza solo per eseguire procedure indispensabili;
- ogni volta sia necessario lasciare la stanza indossare mascherina chirurgica;
- limitare le visite ed informare i visitatori sulle norme igieniche da osservare durante la visita riguardo a: lavaggio delle mani, uso delle mascherine bianche con facciale filtrante, gestione degli effetti personali.

Apporre sulla porta della stanza il cartello "entrare con mascherina bianca con valvola".

L'anti-camera della stanza deve essere fornita di mascherine con facciale filtrante per operatori e visitatori.

Se il paziente deve eseguire esami diagnostici all'esterno dell'edificio, programmare il trasporto in modo da ridurre al minimo il tempo di permanenza al di fuori della stanza, informare il personale addetto al trasporto.

Bisogna fare educazione sanitaria per istruire il paziente sulle norme igieniche da osservare per prevenire la diffusione di microrganismi ad altri degenti o all'ambiente.

Altre informazioni da fornire al paziente riguardano:

- modalità di trasmissione e decorso clinico;
- durata e modalità di assunzione della terapia anti-tubercolare;
- rischio di farmaco resistenza per una non corretta o incompleta assunzione dei farmaci;
- possibili effetti collaterali dei farmaci;
- come produrre un espettorato valido.
- indagini microbiologiche
- indagini sierologiche ed ematologiche
- controlli radiologici

Parametri da rilevare durante la degenza:

- peso corporeo ogni settimana;
- sintomi e segni clinici;
- aderenza alla terapia;
- eventuali effetti collaterali dei farmaci (tutti i giorni).

DIMISSIONE

Se il paziente prosegue il follow-up presso l'U.O. dove è avvenuto il ricovero bisogna programmare il primo controllo ambulatoriale entro 30 giorni; predisporre cartella clinica ambulatoriale.

Se il paziente è affidato al S.I.P. contattare il medico responsabile e programmare la data del primo controllo; consegnare al paziente la lettera di dimissione indirizzata al M.M.G. o ai sanitari del "centro famiglie straniere" se il paziente è straniero e non iscritto al S.S.N..

La sorveglianza post-trattamento va effettuata solo nei pazienti con TB farmaco-resistente con infezione da HIV. La durata complessiva del trattamento è di sei mesi.



Annarita D'Antuono
Infermiera
Neurologia - Dipartimento Medico 2

IL PAZIENTE CON STROKE: presa in carico globale

Per stroke unit s'intende, secondo le linee guida SPREAD (Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion), una unità di 4-16 letti dedicati esclusivamente alla malattia cerebrovascolare, con un team multidisciplinare formato da medici, infermieri, tecnici della riabilitazione e personale di supporto.

Come sappiamo l'ictus cerebrale è la prima causa di disabilità nell'adulto e la seconda causa di mortalità nei paesi occidentali.

Trattasi di patologia neurologica frequente dove è stato calcolato che solo il 20% dei costi economici è legato alla fase acuta della malattia, mentre il restante importo è dovuto alla fase post-acuta (ricoveri in reparti fisiatrici, lungodegenza).

Tutto ciò comporta perdita di lavoro da parte del paziente, perdita di giornate lavorative da parte dei familiari, ricorso successivo a strutture sanitarie.

La parola ictus significa colpo, indica un evento che si manifesta improvviso ed acuto, caratterizzato da un deficit neurologico che si sviluppa in pochi minuti, in poche ore e che persiste per almeno 24 ore.

Le manifestazioni cliniche sono:

- paralisi completa (plegia),
- paralisi parziale (paresi),
- disturbi del linguaggio (afasia),
- disturbi delle funzioni cognitive,
- disturbi della visione,
- disturbi sensoriali,
- disturbi dell'equilibrio,
- disturbi della deglutizione e fonazione,
- cefalea intensa, spesso accompagnata da vomito,

- stato confusionale che può compromettere la coscienza sino al coma.

L'85-90% dell'ictus è di origine ischemica cioè chiusura di una arteria cerebrale a causa di un trombo o coagulo che interrompe il flusso sanguigno nel distretto cerebrale irrorata da quella arteria.

Il 10-15% dell'ictus è di origine emorragico: quando un vaso sanguigno del cervello si rompe, il sangue si riversa nei tessuti cerebrali danneggiando le cellule.

Dal 23 Luglio 2003 l'U.O. di Neurologia è stata riconosciuta dal Ministero della Salute centro regionale per il trattamento della fibrinolisi.

Che cos'è la fibrinolisi?

È un trattamento d'urgenza indicato nell'ictus ischemico, si definisce d'urgenza in quanto la finestra di tempo tra la comparsa dei sintomi e la somministrazione dell'rt-pa è di fondamentale importanza.

Strutturalmente la nostra U.O., nata nel settembre 2002, comprende una sezione dedicata all'ictus in fase acuta, dotata di nove posti letto con divisorie per garantire la



IL PAZIENTE CON STROKE: presa in carico globale

privacy del paziente ed è attrezzata con monitor per il controllo dei parametri vitali, ossigeno tx ed aspiratore.

L'equipe è formata da:

- 2 medici responsabili,
- 1 infermiere diurnista dedicato,
- 1 infermiere turnista dedicato.

Il personale infermieristico è stato individuato considerando le motivazioni e l'interesse personale ed ha partecipato ad un percorso formativo, acquisendo le competenze necessarie per un'assistenza qualificata a questa tipologia di pazienti.



Adesso vi illustrerò il percorso che il paziente affetto da ictus compie:

- in ps il paziente ha già eseguito gli esami fondamentali (ematochimici, tac ecg a 12 derivazioni),
- il paziente giunge nell'unità operativa che è stata precedentemente allertata dal mdg del reparto di una probabile fibrinolisi.

Già dal referto tac si esclude o meno un emorragia. A questo punto vi è la presa in carico del paziente sia egli emorragico che ischemico.

In questa fase l'infermiere riveste un ruolo molto importante in quanto deve coordinare ed osservare ogni minima attività e prestazione.

Se il paziente è emorragico viene attivato il neurochirurgo che valuta se vi sono indicazioni neurochirurgiche. Se sì, l'infermiere si preoccupa della preparazione preoperatoria dell'intervento.

Se non vi sono indicazioni neurochirurgiche vi è un trattamento conservativo e terapeutico.

Se il paziente è ischemico e vi sono tutti i requisiti per praticare la fibrinolisi, si attiva il protocollo della fibrinolisi.

L'infermiere si occupa della preparazione del farmaco e del monitoraggio dei parametri vitali e della scala NHISS.

Se la fibrinolisi ha avuto un buon esito, quindi riacquista velocemente la propria autonomia, dopo 2-3 giorni il paziente viene dimesso.



Dopo il trattamento fibrinolitico se il quadro clinico rimane invariato il paziente candidato a fibrinolisi segue lo stesso percorso del paziente ischemico non trattato con fibrinolisi: paziente totalmente dipendente per il quale viene attivato immediatamente il programma riabilitativo che comprende sia gli interventi assistenziali che gli interventi fisioterapici.

Cos'è cambiato per l'infermiere della neurologia da quando è stata attivata la stroke unit?

- dimensione tecnica più rilevante,
- occasione di sviluppo professionale dell'infermiere di neurologia vista la grande responsabilità e discrezionalità nella valutazione del paziente,
- maggiore integrazione con l'equipe fisiatrica (infatti il fisioterapista riporta le sue valutazioni e prestazioni sulla scheda infermieristica).





Leda Boschini

Fisioterapista

Medicina Fisica e Riabilitazione - Dipartimento Medico 2

Enrica Copelli

Logoterapista

Maria La Morte

Infermiera

Il paziente colpito da stroke che arriva presso la nostra struttura giunge a distanza di circa 10 giorni dall'ictus. E' un paziente complesso poiché ha una serie di problemi oggettivi e soggettivi che coinvolgono vari sistemi ed apparati.

PROBLEMI:

- motori (emiplegia o emiparesi),
- sensitivi (ipo o anestesia di un emisoma),
- cognitivi (memoria, attenzione, orientamento spazio-temporale),
- neuropsicologici (aprassia o incapacità nel compiere gesti anche con l'emisoma sano) neglect (tendenza a "trascurare" una metà del corpo e dello spazio),
- di comunicazione (afasia-disartria),
- di deglutizione.

Non meno importanti sono i PROBLEMI che colpiscono la sfera EMOTIVO-RELAZIONALE.

VISSUTO MOTORIO E SENSORIALE

Non è difficile comprendere come il paziente si trovi ad avere un vissuto motorio e sensoriale in un corpo che all'improvviso è cambiato e che sente come estraneo.

APPROCCIO OLISTICO

Il paziente affetto da stroke permane presso la nostra struttura per circa due mesi e in questo periodo, in cui inizia a prendere coscienza dello stravolgimento che è avvenuto nella sua persona, deve iniziare ad accettare, affrontare e riorganizzare la sua vita, vita che raramente tornerà "come prima".

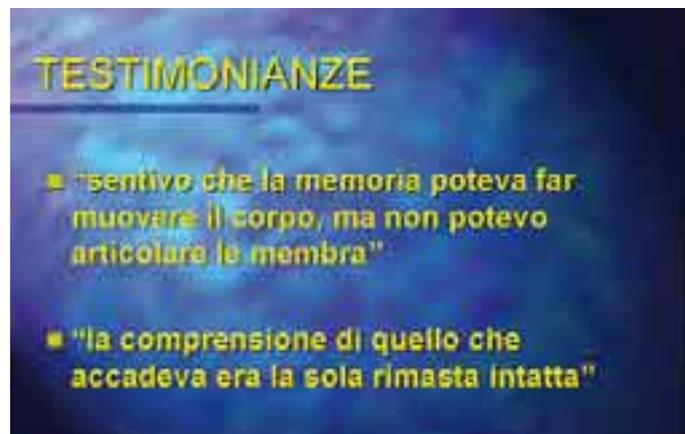
Il familiare si trova, tanto quanto il paziente, coinvolto in questo percorso difficile e doloroso.

Per questo è indispensabile una presa in carico "globale" del paziente e della famiglia al fine di favorire il recupero del miglior livello di vita possibile.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità "la RIABILITAZIONE è un processo di risoluzione di problemi e di educazione, nel corso del quale si porta il soggetto

disabile a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, emozionale, affettivo e relazionale". Il centro dell'attenzione dunque è posto sulla persona e non sui suoi organi o apparati.

Negli anni '80 abbiamo assistito al sorgere di numerose tecniche neuromotorie mirate alla ricerca e al recupero di componenti motorie evolute ma non sempre funzionali. Qui vedete un esercizio per il recupero selettivo della motricità della caviglia, completamente disgiunto dal suo contesto funzionale.



Nel 1996, quando è stata istituita la nostra UO, ci siamo posti delle domande sul nostro operato e sull'efficacia dello stesso; gli scambi più frequenti di opinioni con il personale infermieristico ci ponevano spesso di fronte a valutazioni discrepanti sui risultati terapeutici ottenuti.

Il paziente migliorava, ma non riusciva a trasferire nelle attività quotidiane le abilità motorie e cognitive recuperate; era in grado di deambulare in palestra, ma non altrettanto con i parenti o gli infermieri, riusciva a comunicare durante la seduta di logoterapia, ma non era capace di comunicare i suoi bisogni primari con gli infermieri o i familiari.

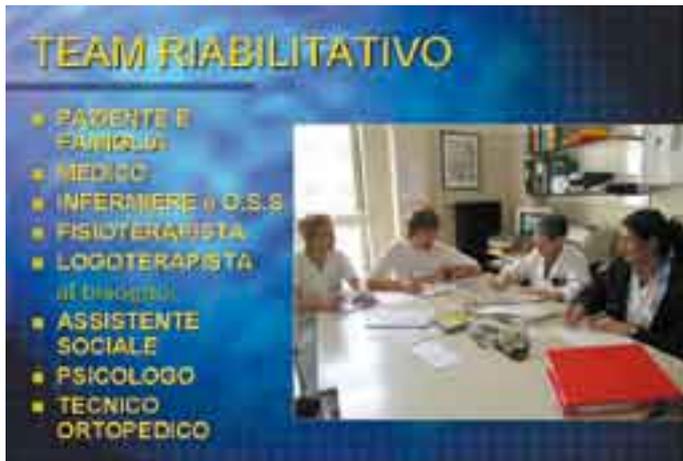
Col tempo si è visto che questo non portava ad un vero processo di recupero del paziente, poiché quest'ultimo aveva difficoltà a trasferire e a consolidare quanto ap-

IL PAZIENTE CON STROKE: presa in carico globale

preso nelle attività della vita quotidiana. Si è allora reso necessario modificare profondamente il nostro modo di lavorare e "il lavoro in Team" era l'unica soluzione possibile.

Per **RIABILITAZIONE** intendiamo un processo ove si lavora per **OGGETTIVI** predefiniti che si ottengono con l'integrazione di più figure professionali.

Il **TEAM RIABILITATIVO** comprende: paziente e famiglia, medico, fisioterapista, logoterapista, infermiere, oss (al bisogno assistente sociale, psicologo e tecnico ortopedico).



Iniziamo ad usare strumenti di valutazione – validati – affidabili – che costituissero un'unità di misura il più possibile oggettiva e favorissero un linguaggio comune nel valutare i pazienti all'inizio – durante e alla fine del percorso riabilitativo in reparto.

MOMENTI IN COMUNE

Oltre alla valutazione individuale del paziente fatta da ogni singola figura secondo le sue specifiche competenze, vennero istituiti momenti di osservazione comune (FT – infermiere – logoterapista) e riunioni di team all'ingresso, alla dimissione e ogni 15 giorni per verificare se sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati.

Gli obiettivi si considerano raggiunti solo se il paziente è in grado di trasferire le abilità acquisite con l'esercizio terapeutico anche in reparto e nell'ambiente familiare.

COUNSELING

Estrema importanza ricoprono per noi i momenti di counseling con i familiari e i caregiver per:

- informarli sulla situazione attuale e sugli obiettivi
- rassicurarli, riconoscendo loro un ruolo di interlocutori
- educarli nell'assistenza (somministrazione di farmaci, cura della persona, trasferimenti, deambulazione, comunicazione)
- assegnare loro compiti (far camminare il paziente, stimolarlo a comunicare e ad esprimere i suoi bisogni)

WEEK-END A DOMICILIO

Non appena il paziente è in grado di poter essere assistito in maniera sicura a domicilio proponiamo il week-end al fine di favorire un graduale reinserimento e per valutare con anticipo eventuali problemi che si possono presentare quali:

- barriere architettoniche (modifiche da apportare alla struttura abitativa)
- difficoltà comunicative
- difficile gestione infermieristica

DIMISSIONE

Prima della dimissione vengono prescritti gli ausili indispensabili per il rientro e ne viene fatto l'addestramento all'uso. Vengono compilate le lettere di dimissione medica, infermieristica, del fisioterapista e della logoterapista; vengono presi i contatti per eventuali controlli e per la prosecuzione del trattamento riabilitativo (se necessario).



FORMAZIONE PERMANENTE

La presa in carico globale del paziente è possibile solo se si programma una formazione permanente di tutti gli operatori del Team su:

- posture e trasferimenti
- scale di valutazione
- strumenti di comunicazione tra i vari operatori
- relazione con il paziente e i familiari (a questo proposito vorrei precisare che l'abilità nel comunicare con i nostri utenti rappresenta un aspetto determinante delle nostre competenze e non un valore aggiunto).

PUNTI DI FORZA

- Valutazione comune
- Obiettivi condivisi
- Condivisione del sapere
- Creazione di un ambiente terapeutico 24 ore su 24
- Gratificazione comune

PUNTI CRITICI:

- Spazi inadeguati
- Turn-over degli operatori (se troppo frequente può destabilizzare e rendere difficile il lavoro in team)
- tempo



Pierangelo Frascari

Infermiere

Diagnostica ed Interventistica Cardiologica - Dipartimento Area Critica

Una innegabile opportunità: salvare un cuore

Essere Infermieri oggi, non è semplice. Per comprendere la professione dell'infermiere esiste solo un modo: essere infermieri. Sembra un discorso campanilistico, quasi come se volessi celebrare la mia professione ed elevarla ad di sopra di tutto e di tutti.

E' questa invece, una riflessione assolutamente oggettiva che appunto nasce da elementi tangibili che possono essere descritti percorrendo sinteticamente l'evoluzione di questa professione di cui tanto si discute e la cui storia, ancora oggi per certi aspetti travagliata dagli eventi noti, continua a rinnovarsi verso una continua maturazione del proprio ruolo nello scenario sanitario.

L'Infermiere era ed è tutt'oggi l'operatore più vicino al malato. L'evoluzione scientifica e tecnologica, il processo di aziendalizzazione delle strutture preposte all'erogazione di servizi per la salute, non hanno modificato i principi, i valori, gli aspetti etici e deontologici ai quali la professione infermieristica si è fondata e si fonda tutt'oggi. Quindi, più che essere una considerazione, essere infermieri oggi, diviene per molti una domanda:

Chi è l'infermiere oggi?

L'infermiere è per definizione e specifico professionale un professionista per la salute e dell'assistenza. L'infermiere è un operatore sanitario che ricopre un ruolo fondamentale le cui funzioni devono essere riconoscibili e insostituibili. L'infermiere è un operatore con capacità organizzative e gestionali, con responsabilità e autonomia proprie.



L'infermiere è un professionista definito tale solo se in lui saranno riconoscibili peculiarità particolari come requisiti indispensabili per operare al fianco di altri operatori sanitari, in équipe, verso un'unica direzione: la salute dell'uomo malato o sano.

La professione infermieristica è in rapido cambiamento sospinta dalle innumerevoli innovazioni di carattere legislativo, formativo, tecnologico e dal costante e continuo consolidarsi delle conoscenze scientifiche che sostengono la nostra disciplina.

Il valore di una disciplina e la consistenza del sapere sono fortemente interdipendenti e questo valore si esprime in termini di autonomia professionale, riconoscimento sociale e, non dimentichiamolo, nella capacità di attirare risorse da impiegare nella ricerca stessa.

Non vi è contemporaneità tra cambiamento legislativo e cambiamento reale; L'Infermiere si trova davanti a delle scelte precise: richieste dovute alla nuova professionalità e responsabilità oggettive legali.

La nostra esperienza ci ha portato ad individuare ed adottare metodologie e iniziative per colmare questo gap:

- Studio, sperimentazione e verifica di modelli organizzativi efficienti ed efficaci
- Linee Guida
- Protocolli

Una innegabile opportunità: salvare un cuore

- Procedure Standard
- Indicatori
- EBN – Ricerca

■ La capacità di saper cogliere i problemi e formulare quesiti a cui applicare un percorso sistematico, a tappe, che porta alla fine non solo alla migliore cura per il paziente, ma anche ad una maggiore gratificazione/motivazione, evitare il "trauma emotivo", effetto collaterale delle professioni d'aiuto che se non gestito può a lungo andare produrre sequele psicologiche di forte disagio in grado di interferire non solo sulla sfera personale ma anche su quella professionale incidendo drasticamente sulla qualità del loro operato.

Nella relazione d'aiuto le implicazioni emozionali, difficilmente controllabili e non sempre positive, possono compromettere l'equilibrio psichico dell'aiutante generando in esso una sintomatologia psicosomatica con disturbi comportamentali quali depressione, stanchezza, irritabilità, insonnia, ansia, affaticamento eccessivo, isolamento, variabilità dell'umore, ecc... che possono durare nel tempo e sfociare in un vero e proprio stato di malattia.

Una reazione emozionale creata dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare quando essi hanno problemi o motivi di sofferenza.

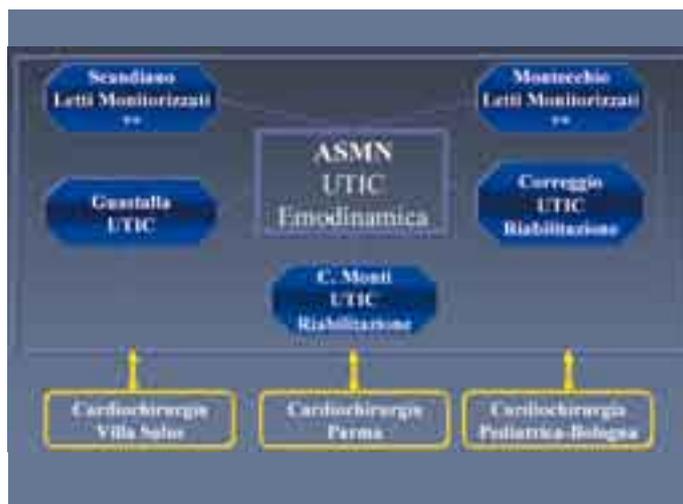
L'infermiere nel suo contesto lavorativo è continuamente sottoposto a questo tipo di sollecitazioni che talvolta vanno a determinare l'insorgenza di stati emotivi, semplici o complessi, responsabili della diminuzione o addirittura della perdita di un equilibrio interiore indispensabile nella performance lavorativa.

REMEMBER:

l'infarto del miocardio è un evento improvviso, che coglie impreparato il paziente. In Italia ogni anno 160.000 persone ne sono colpite e più di 40.000 non sopravvivono. La mortalità è concentrata prevalentemente nelle prime due ore (oltre il 70% delle morti avviene prima di giungere in ospedale ed è causata da arresto cardiaco). La massima efficacia degli interventi si ha entro la prima ora. Il ripristino tempestivo di un flusso adeguato a livello del ramo coronario interessato è strettamente correlato alla riduzione della mortalità e alla minore compromissione della funzione ventricolare sinistra nel tempo, quindi è necessaria un'organizzazione che garantisca interventi tanto più tempestivi, quanto più efficaci.

Non esistono protocolli unificati per le diverse realtà operative, dalla nostra esperienza abbiamo scelto alcuni comportamenti/indirizzi che ci sembrano i più adeguati, la continua evoluzione delle tecniche operative, le nuove metodiche di intervento porta questi protocolli ad una continua evoluzione e verifica, tutti i suggerimenti sono ben accetti.

Proseguire il processo di avviata collaborazione e inte-



grazione con le strutture cardiologiche ospedaliere della provincia onde affinare sempre più i percorsi dei pazienti critici, applicare e aggiornare uniformemente dei protocolli diagnostico-terapeutici nel contesto di un modello di tipo Hub & Spoke che tende alla equità di accesso per i cittadini piuttosto che equi-capacità di produzione.

Stiamo sperimentando, con la collaborazione dei colleghi degli Ospedali della Provincia, una cartella Infermieristica per ottimizzare il passaggio delle informazioni sanitarie nel modello HUB & SPOKE nell'IMA.

La tecnologia, lo studio di nuovi scenari, le nuove responsabilità giuridiche e gestionali organizzative, non deve assolutamente fare perdere di vista il fondamentale ruolo dell'Infermiere: l'assistenza al Paziente/utente.

L'infermiere rimane, anzi si accentua ancora di più come figura di riferimento per il paziente/utente, l'acquisizione di nuove capacità relazionali, di controllo delle proprie emotività, lo rende un operatore riconosciuto e insostituibile. La riflessione sull'agire quotidiano, fa ripensare a: "come in questa società così tecnologica, in una Cardiologia così avanzata, la parola di un uomo, paziente o infermiere, lo sguardo riconoscente di un malato, siano e saranno al di là del tempo INSOSTITUIBILI.

Concorrendo oggi come domani ad alimentare quella professionalità tanto auspicata, fatta di competenze, di conoscenze e tecnica, ma anche di pensieri, parole ed emozioni".

CONCLUSIONI

Lo studio di un modello organizzativo, la sua sperimentazione, la ricerca di studi controllati che ne attestino l'efficacia, una stretta interazione tra le varie figure professionali, sono fondamentali: solo così si possono ridurre al minimo i tempi di intervento a tutto vantaggio del paziente, ma anche della serena organizzazione del lavoro e del nostro equilibrio e soddisfazione personale.



Alessandro Grandi

Coordinatore Infermieristico - Rianimazione - Dipartimento Area Critica

Prelievi d'organo: il percorso organizzativo

- 33 prelievi multiorgano
- 90 organi impiantati
- 200 prelievi di cornee
- 36 persone per milione d'abitanti prelevate
- 6 corsi somministrati

Questi sono alcuni dati che indicano il risultato dell'attività che il personale della Rianimazione di Reggio Emilia ha svolto negli ultimi due anni. I risultati vengono raggiunti dall'insieme del personale: infermieristico, tecnico (OTA), medico e di tutte quelle persone che in vario modo collaborano e agiscono al raggiungimento dell'obiettivo.

Cosa fanno gli infermieri?

Il lavoro degli infermieri è variegato e complesso, ha subito in diversi anni d'attività una specializzazione sempre più specifica e di alto livello, questo è stato possibile attraverso un cambio qualitativo sotto tre principali punti di vista:

- A) informazione, studio, addestramento teorico/pratico,
- B) modello organizzativo vincente,
- C) la mentalità.

Informazione sulle metodologie di tenuta del donatore, sia cliniche che assistenziale

- studio dei principali meccanismi psicologici attivati dai familiari dopo la notizia di morte cerebrale,
- addestramento teorico e pratico del personale infermieristico riguardante il mantenimento clinico del donatore: preparazione del ricevente (lezione solo a scopo informativo) corso organizzativo nazionale per TPM per prelevatore multiorgano corso organizzativo e pratico per prelevatore di cornee.

Modello organizzativo

Il modello organizzativo prevede un disegno complesso che agisce su più punti:

1- addestramento a tutto il personale infermieristico sulla tenuta clinica del donatore, cioè tutto quello che è possibile sapere su come riuscire a mantenere il paziente deceduto (in morte cerebrale a cuore battente), in condizioni ottimali per il prelievo: attività cardiaca, attività respiratoria ottimale all'ossigenazione dei tessuti (respiratore automatico), buona pressione arteriosa per una buona irrorazione tissutale.



2- Addestramento ad alcuni infermieri particolarmente motivati sulle metodiche del prelievo di cornee.

Il pool è costituito da 11 infermieri che intervengono a chiamata in caso di consenso al prelievo: si occupano della parte organizzativa, burocratica e d'assistenza vera e propria al prelievo assistendo l'oculistica durante la fase chirurgica.

3- Addestramento ad alcuni infermieri referenti sulle metodiche dei prelievi multiorgano.

Il pool in questo caso è formato da 4 infermieri, più due in addestramento (l'addestramento dura circa 6/8 mesi) che intervengono a chiamata in caso di un paziente in morte cerebrale:

Prelievi d'organo: il percorso organizzativo

si occupano assieme al medico referente della parte burocratica, organizzativa e di eventuale supporto all'infermiere che si occupa della parte clinica di mantenimento del donatore.

Schematicamente possiamo riassumere l'attività in sette punti principali:

- richiesta di consenso assieme al personale medico,
- spedizione prelievi ed esami per tipizzazione,
- contatti con il centro di riferimento trapianti,
- contatti con i familiari del donatore,
- risoluzione problemi organizzativi durante l'osservazione e il prelievo,
- organizzazione prelievo in sala operatoria (spedizione prelievo, verbali équipe chirurgica),
- contatti con CRT e centrale operativa 118.

La mentalità

Ogni prelievo multiorgano impegna temporalmente il gruppo infermieristico da un minimo di 6 ore (in caso non si riesca a portare a termine la donazione), ad un massimo di 18/19 ore, in cui il coinvolgimento psicologico, la capacità tecnica, lo spirito di sacrificio vengono messi a dura prova.



Il personale che si occupa di donazione ha naturalmente un impegno superiore, motivato da intenti nobili, che perseguono obiettivi di risultati concreti.

Ogni prelievo multiorgano coinvolge circa 100 persone, è un meccanismo complesso che deve essere fatto con dedizione e attenzione.

E' sicuramente molto stressante il comunicare ad un familiare la morte di un proprio caro e chiedere la disponibilità di donazione, ma è altrettanto di soddisfazione sapere che attraverso le proprie capacità, il lavoro tecnico eseguito durante la giornata, sono stati ottenuti risultati entusiasmanti e che i pazienti impiantati, dopo poche ore dal prelievo, grazie al lavoro del personale della rianimazione potranno avere un'aspettativa di vita normale.

Prelievi d'organo: organizzazione del comparto operatorio 5° piano

Negli ultimi decenni i progressi nella terapia immuno-de-

pressiva ed il perfezionamento delle tecniche chirurgiche hanno permesso un notevole sviluppo nell'attività dei trapianti.

Inoltre le nuove leggi in materia di donazione comporteranno un aumento dei prelievi d'organo.

Nel nostro ospedale le donazioni sono in continuo aumento, rendendo non più casi eccezionali gli interventi di



prelievo, ma eventi che si affrontano frequentemente.

Nasce da qui l'esigenza di creare un protocollo che ci permetta di avere strumenti di orientamento, indirizzo e

controllo del comportamento professionale.

Spesso si diffida dalle "regole scritte" che vogliono codificare contenuti, livelli qualitativi, responsabilità e comportamenti dell'assistenza infermieristica. Ma specie in ambiti come la sala operatoria la definizione delle procedure rappresenta un decisivo momento di crescita, soprattutto in termini di consapevolezza.

Il nostro protocollo scompone le attività dei vari momenti; prima, durante e dopo l'intervento, evidenzia inoltre la motivazione scientifica con una motivazione logica ed elenca le risorse umane e materiali necessarie per una sua corretta attivazione. Consente infine una valutazione continua e precisa delle attività svolte.

Gli obiettivi evidenziati sono di tipo organizzativo e assistenziale.

Obiettivi organizzativi:

- Garantire una qualificata assistenza in qualsiasi momento con personale volontario prontamente reperibile.
- Garantire la disponibilità di una sala operatoria accuratamente sanificata e predisposta per il tipo di intervento.
- Garantire un'adeguata gestione delle "figure" operanti in sala.

Obiettivi assistenziali:

- Rendere comportamenti ed atti infermieristici uguali ed omogenei durante l'esecuzione dei prelievi d'organo.
- Predisporre una corretta conservazione degli organi prelevati.
- Prevenire il ricevente dal rischio infettivo.

Al momento del preavviso il personale presente nel C.O. dovrà:

- Individuare e sanificare a fondo una sala operatoria.
- Controllare la presenza di soluzione fisiologica sterile congelata.

- Verificare la disponibilità di ghiaccio non sterile.
- Controllare che vi siano contenitori adeguati per il trasporto degli organi.
- Verificare la disponibilità di soluzioni conservanti.
- Identificare il "pool" per il prelievo in base ai turni di lavoro ed alla disponibilità.
- Assegnare loro i ruoli che dovranno svolgere durante l'intervento.

Il "pool" necessario per eseguire un prelievo d'organo deve essere composto da:

- Nr. 1 infermiere referente/organizzatore
- Nr. 1 infermiere di sala
- Nr. 2 infermieri strumentista o polivalente
- Nr. 1 O.T.A.
- Nr. 1 (eventuale infermiere presente per la prima volta ad un prelievo, come formazione)

Si rende necessaria la presenza di due IP strumentista per collaborare al campo operatorio nel caso in cui siano presenti più equipe chirurgiche che operino contemporaneamente.

ATTIVAZIONE DEL "POOL"

Per facilitare il reperimento del "pool" necessario alla esecuzione del prelievo, si è creato un elenco di volontari disponibili a eseguire tale attività.

Questo ci permette di avere personale qualificato e motivato, senza interferire con la normale attività del compar-



to operatorio.

Il "pool" viene allertato all'inizio del periodo di osservazione del donatore, cioè sei ore prima del prelievo; la conferma viene data con un'ora e mezza di anticipo dalla presunta ora di inizio.

Nei giorni feriali è la Caposala del Comparto Operatorio che si assume questo incarico, nei festivi e notturni è il reperibile dei Capi Servizi.

L'orario presunto dell'inizio intervento, quali organi verranno prelevati e l'équipe esterne operanti devono essere comunicati preventivamente alla Caposala da parte del responsabile del reparto di Rianimazione.

Il "pool" deve essere presente in sala operatoria, 30 minuti prima dell'ora indicata quale inizio del prelievo. Quando il "pool" arriva in sala operatoria deve operare in base ai ruoli predefiniti:

L'Infermiere referente dovrà:

- controllare che la preparazione precedente sia stata eseguita
- iniziare la compilazione della "scheda di registrazione" nella parte riservata al personale interno (scheda che in base agli obiettivi prefissati ci permette di gestire le "figure" operanti in sala
- collaborare alla preparazione della sala

L'infermiere di sala dovrà:

- preparare la sala all'intervento
- portare il lettino operatorio in zona Transfer con Ambu, bombola di O₂, reggi-braccia e carrello per pompe

L'infermiere strumentista dovrà:

- preparare dei set chirurgici, eventualmente concordati con le équipe esterne.

L' O.T.A. dovrà:

- controllare che siano disponibili zoccoli e divise per le équipe esterne,
- controllare la presenza di ghiaccio nei distributori automatici e procurarlo per l'inizio dell'intervento,
- predisporre la sala relax per un minimo ristoro degli operatori.

Tutto il materiale occorrente individuato e codificato deve rimanere adiacente alla sala del prelievo, per evitare molteplici spostamenti del personale con conseguente aumento della carica microbica presente in sala.

Al termine dell'intervento il "pool" infermieristico provvederà a sterilizzare tutto lo strumentario chirurgico utilizzato e a riporlo negli appositi spazi.

La sala operatoria utilizzata viene sanificata e sistemata rendendola pronta per la normale seduta operatoria.



Manuela Iaccheri

Infermiera

Sala Operatoria Ginecologia - Dipartimento Materno-Infantile

LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA: un processo di implementazione di strumenti informativi

Siamo qui, oggi, per scambiare le nostre esperienze, le evoluzioni che sono avvenute all'interno delle varie unità operative e i cambiamenti che abbiamo apportato, ed è per questo che sono a parlarvi della figura dell'infermiere in sala operatoria oggi. L'infermiere in sala operatoria è un professionista che ha conoscenze, capacità e competenza per assistere il paziente. L'assistenza al paziente deve essere erogata in sicurezza. Per sicurezza in sala operatoria intendiamo un insieme di tecniche e comportamenti che hanno come fine la diminuzione di tutti i fattori di rischio per il paziente.



Lo scopo è di soddisfare le necessità di interventi chirurgici ordinari e d'urgenza, all'interno di un ambiente sicuro ed a misura d'uomo, con professionalità ed utilizzo di tecnologie appropriate, in un contesto organizzativo flessibile.

Lo scopo è di soddisfare le necessità di interventi chirurgici ordinari e d'urgenza, all'interno di un ambiente sicuro ed a misura d'uomo, con professionalità ed utilizzo di tecnologie appropriate, in un contesto organizzativo flessibile.

La sicurezza è data dal controllo degli eventi avversi e dall'annullamento degli stessi, è fondamentale garantire le attività di sorveglianza, in particolare è opportuno indagare secondo procedure standardizzate e metodologiche. Le criticità sono quegli aspetti che ritroviamo nell'analisi dei fattori di rischio, evidenziati dal **Risk management**. Tali criticità vanno analizzate al fine di garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori.

I fattori di rischio da valutare sono molteplici:

LEGATI ALL' ASSISTENZA VERSO IL PAZIENTE

- Identificazione (paz., documentazione, intervento)
- Mobilizzazione
- Sterilità
- Rischio ustioni (posizionamento elettrodo neutro)

LEGATI ALLA STRUTTURA ED ALLE APPARECCHIATURE

- Rischi biologici
- Rischi elettrici

◆ Lo scopo è di soddisfare le necessità di interventi chirurgici ordinari ed urgenti, all'interno di un ambiente sicuro ed a misura d'uomo, con professionalità ed utilizzo di tecnologie appropriate in un contesto organizzativo flessibile.

- Rischi ionizzanti
- Microclimatici

Riprendiamo quindi fra questi fattori di rischio ciò che fa riferimento alla documentazione. E' da questo che è nata la necessità di costruire uno strumento cartaceo dove non sia più lasciata alla buona volontà dell'operatore, di comunicare alla degenza il percorso assistenziale effettuato in sala, come esperienza pilota presso la nostra sala operatoria di ginecologia è stata costruita la cartella infermieristica.

Nel 2005, essendo professionisti, non possiamo non scrivere ciò che facciamo per dare evidenza al nostro operato e alla nostra autonomia professionale. E' da questa analisi che nasce la necessità di costruire uno strumento che si pone come obiettivo l'identificazione e la raccolta scritta di quegli aspetti che caratterizzano l'assistenza nel percorso pre, intra e post operatorio.

L'obbiettivo è di migliorare la qualità dell'assistenza, favorendo la continuità delle prestazioni, la sicurezza, ed organizzando in modo sistematico le cure, per un maggiore controllo infermieristico del processo assistenziale a tutto vantaggio dell'efficacia e della qualità. La documentazione sostenuta da un supporto scientifico teorico e normativo, si concretizza nella scheda infermieristica. La natura giuridica della cartella infermieristica ha una sua origine storica da quell'altro importante documento di competenza medica che è, appunto la cartella clinica. La cartella clinica si è trasformata nel tempo e, da documento di esclusiva competenza medica si è evoluta in un documento sanitario costituito dall'apporto dei vari

LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA: un processo di implementazione di strumenti informativi

professionisti che concorrono alla salute del paziente. La funzione legale quindi della cartella infermieristica è quella di servire a documentare fatti inerenti all'attività svolta dall'infermiere e alla regolarità delle operazioni amministrative alle quali è addetto; perciò non solo la cartella clinica è l'unico documento ad avere valore legale. Pertanto è indispensabile che tale documento venga redatto e conservato con la massima cura e diligenza, poiché in caso di processo tutta la documentazione viene sequestrata dall'autorità giudiziaria e diventa importante per la ricostruzione dei fatti.

I reati a cui l'infermiere compilatore può incorrere quale compilatore della cartella infermieristica, in considerazione della sua natura di atto pubblico in senso lato, sono pertanto gli stessi reati nei quali può incorrere il medico nel compilare la cartella clinica, alla quale, appunto la cartella infermieristica è equiparata. È importante, quindi, che l'infermiere nella compilazione della cartella di sua competenza, la impronti a principi di veridicità, completezza, correttezza formale e chiarezza. Altrettanto importante è che le annotazioni vadano fatte contemporaneamente all'evento descritto, anche se la contemporaneità non va peraltro intesa in maniera rigorosa. Gli elementi maggiormente rilevanti della cartella infermieristica sono la veridicità cioè la conformità di quanto constatato obiettivamente con ciò che è dichiarato per iscritto; la completezza in ogni sua parte; la correttezza formale, ovvero l'assenza di abrasioni, correzioni, adattamenti e completamenti tardivi; la chiarezza, che riguarda anche la grafia, potendo errori di lettura, indotti dalla cattiva leggibilità del testo, indurre concreti pericoli di danno per il paziente. **Pertanto la cartella infermieristica può essere definita come un documento sanitario di natura giuridica e di competenza dell'infermiere; strumento operativo ed informativo utile per registrare, gestire, comunicare, progettare, documentare; fondamentale per un nuovo tipo di assistenza qualificata e sicura.**

La ricerca del consenso univoco, la condivisione del percorso; il concordare con gli attori direttamente il progetto stringendo se opportuno alleanze, attraverso il sostegno di tutte le forze a disposizione, sono risorse da incentivare. Gli obiettivi ci permettono di agire modifiche e miglioramenti della qualità all'interno di una organizzazione, premettendo che il miglioramento che ci siamo proposti sia attuabile, realistico e sia valutato sempre con onestà e criticità. Per ottenere quindi il raggiungimento dell'obiettivo di un progetto occorre cercare strategie che promuovono il coinvolgimento e la motivazione, il senso di responsabilità e il gioco di squadra.

Le fasi del progetto

"Realizzazione di una scheda infermieristica per la sala operatoria di ginecologia e ostetricia"

Essa prevede le fasi di sviluppo e assemblaggio della scheda infermieristica; l'applicazione della scheda per due mesi, valutazione e correzione dello strumento; attraverso i seguenti momenti:

Sviluppo scheda infermieristica

- Riunioni di reparto con il personale infermieristico
- Studio grafico
- Creazione dello strumento
- Confronto e correzione con il responsabile D.I.T.O.

Applicazione strumento

- Applicazione per due mesi
- Raccolta criticità e suggerimenti
- Valutazione e correzione
- Correzione finale in base ai suggerimenti e criticità evidenziate
- Inserimento definitivo con valutazione ad un anno dall'applicazione



Conclusioni La cartella infermieristica non è una copia della cartella clinica, ma un documento infermieristico, dove la compilazione e, la valutazione dello stato del paziente vengono fatte in autonomia dall'infermiere. Il lavoro in sala operatoria, è un "fare" dietro le quinte, si è attori non sul palcoscenico, ma presenti e non meno professionisti e/o più tecnici dei colleghi che hanno relazioni dirette e continuative con il paziente. Spesso ci si lamenta che in sala operatoria è ridotta la possibilità di instaurare una relazione di aiuto con il paziente, ma bisogna tenere presente che in un rapporto non è importante solo la quantità di approcci comunicativi, ma la qualità e che non va sottovalutata la comunicazione non verbale: una stretta di mano, una carezza, uno sguardo dietro la mascherina a volte contano molto di più di mille parole. Pertanto costruire uno strumento di lavoro che consenta di lasciare traccia di una attività di relazione interpersonale, di programmazione, di gestione e di valutazione, l'essere riuscita insieme ai colleghi con i quali ogni giorno condivido le ansie, il "che tutto vada bene", è stato, per me (e non solo) di grande soddisfazione. Nella mia esperienza professionale, a fronte di esigenze di servizio in un discorso di rete di continuità di risorse, ho avuto occasione di svolgere la mia attività in altre sale operatorie dove del mio fare non è rimasta traccia. È stato un momento di amarezza vedere che il mio agire, il mio impegno alla fine del turno siano come svaniti nel nulla. Io penso che per ogni professionista sia importante lasciare traccia del proprio lavoro e che questo completi il suo agire, e mi auguro che questa esperienza possa essere un esempio per altri gruppi.



Patrizia Leoni
Infermiera
Pronto Soccorso - Dipartimento Emergenza-Urgenza

LA FORMAZIONE per essere competenti, LA COMPETENZA per essere formatori

Per FORMAZIONE si intende una attività di qualificazione specifica diretta ad adeguare le proprie conoscenze professionali che si divide in formazione permanente e aggiornamento tecnico-scientifico.

In Italia gli attuali livelli di formazione per i servizi di Emergenza-Urgenza sono disomogenei e spesso carenti e l'Infermiere che arriva nel Dipartimento può possedere una laurea di 1° livello o altri titoli del passato e/o esperienze precedenti.



La riforma del sistema universitario ha introdotto anche per l'infermieristica i percorsi formativi post base, ma le persone

formate sono ancora pochissime. Le qualifiche di base non sono sufficienti all'esercizio professionale nel DEU, perché i livelli di intensità assistenziale, di complessità gestionale ed organizzativa sono tali che richiedono competenze specialistiche distintive specifiche.

Per COMPETENZA si intende un insieme di elementi che concorrono all'efficacia di un comportamento professionale; è finalizzata all'azione ed è intrecciata alla conoscenza delle situazioni e dei contesti. Si compone di CONOSCENZE, ABILITA', CARATTERISTICHE PERSONALI e RISORSE PSICO-SOCIALI. Si diventa competenti chiarendo prima di tutto a noi stessi quali sono le competenze distintive che ci rendono diversi dall'Infermiere degli altri reparti.

Il primo strumento per acquisire competenze è la formazione continua, mirando gli interventi formativi ad obiettivi chiari e condivisi, pianificando la formazione attraverso livelli di difficoltà incrementale, verificando l'acquisizione delle competenze.

Da questi elementi nasce la fase cruciale di pianificazione della formazione dipartimentale, annuale, pluriennale.

Inoltre il DEU coinvolge in modo integrato le strutture, i



Da non dimenticare che la competenza relazionale completa fornisce un valore aggiunto alle competenze tecnico-professionali.

Esistono vari livelli che esplicitano obiettivi che hanno una qualche forma di impatto sulla formazione:

- Linee di indirizzo nazionali e regionali,
- Atto Aziendale,
- obiettivi di Budget,
- il Dipartimento che in una sua specifica procedura prevede la "Gestione standardizzata della formazione permanente del personale infermieristico".

Questi livelli debbono essere integrati fra loro e con le esigenze specifiche del Dipartimento, con le esigenze dei professionisti, le necessità di acquisizione di ECM, i progetti di formazione trasversale obbligatoria e facoltativa e le iniziative rivolte allo



sviluppo della persona. Da questi elementi nasce la fase cruciale di pianificazione della formazione dipartimentale, annuale, pluriennale.

Inoltre il DEU coinvolge in modo integrato le strutture, i

LA FORMAZIONE per essere competenti, LA COMPETENZA per essere formatori

servizi ed il personale dell'ASMN e dell'Az. USL di RE.



Il DEU ha deciso di darsi delle scadenze di valutazione dei passi compiuti. La procedura prevede tre livelli di acquisizione della competenze, ciascuno dei quali contempla corsi certificati diversificati in relazione all'Unità Operativa:

Livello base: BLS, PBL, utilizzo programma SMS, ECG di base, TRIAGE, Fasciature e Bendaggio, Immobilizzazione traumatica, Aspetti giuridici professionali, Cartografia e sistemi di comunicazione, sistema 118N@T

Livello specialistico: PHTLS, AMLS, ACLS, PALS, Tossicologia di base, DISPATCH, HDM e MDM, Tecniche della comunicazione e relazione, Etica e Deontologia professionale



Livello trasversale: corsi di informatica, EBN, ricerca bibliografica, Prevenzione e Protezione

Per ogni livello è definito il

tempo massimo di raggiungimento degli obiettivi e la percentuale di operatori cui è destinato.

Il DEU ha costituito il "Programma di Formazione Dipartimentale" con le seguenti finalità:

- garantire la formazione intra-aziendale e inter-aziendale degli operatori sanitari esperti nella gestione clinica, organizzativa e assistenziale delle situazioni di urgenza e di emergenza, in sintonia con gli obiettivi e le linee di indirizzo

strategiche delle due Aziende;

- garantire a tutti gli operatori delle Aziende la formazione e l'addestramento rispetto alle principali manovre di urgenza e primo soccorso;
- proporsi al contesto esterno come Programma di Formazione accreditato rispetto ai temi dell'urgenza e dell'emergenza.

Ogni singolo progetto o evento formativo viene sempre valutato e chi vi partecipa deve superare un definito grado di performance ma dall'altro lato siamo estremamente carenti nella rilevazione dell'impatto che la formazione ha sulle attività assistenziali quotidiane.

Questo aspetto rappresenta certamente la sfida che il



DEU vuole impegnarsi ad affrontare nei prossimi mesi ed anni per poter dare significato ulteriore ai grossi investimenti effettuati in termini di formazione

del personale. Inoltre abbiamo investito molto nella formazione a terzi perché quando si è competenti si DEVE contribuire alla crescita anche degli altri.

Dedicarsi alla formazione di altri serve anche per il mantenimento e l'accrescimento delle proprie competenze. La competenza costituisce un patrimonio che il professionista deve utilizzare e saper valorizzare nel tempo.

Le conoscenze, le esperienze, le abilità che abbiamo



LA FORMAZIONE per essere competenti, LA COMPETENZA per essere formatori

acquisito costituiscono un vero e proprio patrimonio che deve essere amministrato e valorizzato.

Dovere professionale, doveri istituzionali, esigenze assistenziali e cliniche, sviluppo di progetti regionali, innovazioni tecnologiche, obblighi normativi sono i motivi per cui il DEU investe molto nella formazione rivolta anche



ad altri operatori. Il percorso per diventare formatori, è articolato e non sempre omogeneo.

Sicuramente uno dei principali aspetti è l'esperienza.

Essere esperti in uno specifico ambito costituisce un prerequisito essenziale, ma poi il percorso continua:



- superare i corsi certificati con particolare successo ed essere segnalati come potenziali istruttori,
- frequentare i corsi istruttori,
- frequentare ed acquisire conoscenze di metodologia della formazione,
- esercitare il quotidiano utilizzando i principi dell'evidenza scientifica,
- dedicare tempo ulteriore rispetto alle attività assistenziali quotidiane.

L'idea dipartimentale di "formatore" è quella di un operatore che abbia raggiunto un livello di competenze superiore e che è in grado di trasmetterle ad altri, è

risorsa straordinaria per la trasmissione e la diffusione delle conoscenze.

Tutta la formazione che ci vede coinvolti è rivolta agli adulti con le peculiarità e le difficoltà che spesso comporta: gruppo che ha motivazioni spesso molto diversificate, che richiede tempi formativi articolati, che richiede un linguaggio appropriato; le attività formative spesso estremamente articolate, con sessioni teoriche o pratiche, con l'utilizzo di manichini o volontari, con l'impiego di attrezzature complesse e strumenti diversi.

Questo elemento deve far capire che il "nostro formatore" non è solo l'idea tradizionale di insegnante, ma è molto di più e molto di diverso.

Certo anche le classiche e tradizionali lezioni frontali costituiscono uno strumento utilizzato, ma si tratta di operatori che debbono non solo avere conoscenze della materia che insegnano, ma anche di organizzazione e



di gestione dei gruppi e delle complessità.

Ricordando sempre che c'è una altrettanto cospicua attività assistenziale che non si ferma mai.

La quasi totalità dell'impegno che è stato presentato viene quindi svolto al di fuori del servizio presso le Unità Operative del DEU.

Il trend di crescita negli investimenti e nelle ore dedicate alla formazione da parte del DEU sono in aumento e continueranno a crescere comportando uno sforzo cospicuo e un enorme impegno da parte di tutte le persone coinvolte.

Formazione, Competenza, Autonomia e Responsabilità si inseguono, si intrecciano e crescono insieme per tutta la vita professionale di ciascun operatore in una spirale di sviluppo che non termina mai.

Il Dipartimento Emergenza Urgenza crede moltissimo in questo assioma, ne ha fatto uno dei propri obiettivi fondamentali investendo risorse e dedicandoci enorme attenzione.



Roberta Prampolini
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
LACC – Dipartimento Patologia Clinica

Dalla manualità all'automazione: l'evoluzione della professione del tecnico di laboratorio biomedico

Il Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico (TSLB) è un professionista che, dopo aver conseguito una laurea triennale, è in grado di eseguire analisi di laboratorio in ambito multidisciplinare, nella routine e nella ricerca.

Il percorso professionale del Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico:

- Anni '60 Totalmente manuale
- Anni '70 Strumenti semi-automatici
- Anni '80 Strumenti automatici per la routine
- Anni '90 Strumenti completamente automatici + informatizzazione

Negli anni '90 l'avvento dell'informatica e il continuo rinnovo tecnologico della strumentazione ha consentito al laboratorio di moltiplicare le prestazioni in termini di quantità e qualità; il grado di automazione raggiunto obbliga il TSLB all'utilizzo di strumenti ad alta tecnologia per il controllo del processo analitico in tutte le sue fasi, dall'arrivo del campione alla produzione dei risultati. Ad oggi è prossima la completa robotizzazione della parte pre-analitica.

CHI È OGGI IL TSLB DAL PUNTO LEGISLATIVO

- Il TSLB effettua con autonomia tecnico-professionale la propria prestazione lavorativa in diretta collaborazione con il personale laureato di laboratorio preposto alle diverse responsabilità operative di appartenenza.
- È responsabile, nelle strutture del laboratorio, del corretto adempimento delle procedure analitiche e del proprio operato, nell'ambito delle proprie funzioni di applicazione dei protocolli di lavoro definiti dai dirigenti responsabili.
- Verifica la corrispondenza delle prestazioni erogate agli indicatori e standard predefiniti dal responsabile della struttura.
- Controlla e verifica il corretto funzionamento delle apparecchiature utilizzate, provvede alla manutenzione ordinaria ed alla eventuale eliminazione di piccoli inconvenienti.
- Partecipa alla programmazione e organizzazione del lavoro nell'ambito della struttura in cui opera.

- Svolge la sua attività in strutture di laboratorio pubbliche e private, autorizzate secondo la normativa vigente, in rapporto di dipendenza o libero-professionale.
- Il TSLB contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

SETTORI D'IMPIEGO

Il Tecnico svolge attività di laboratorio relative ad **analisi biomediche e biotecnologiche** in diversi settori.



Nella nostra azienda ospedaliera i TSLB sono suddivisi in differenti unità operative caratterizzate da una o più specializzazioni diagnostiche.

Troviamo i Laboratori di Chimica Clinica, Microbiologia, Anatomia Patologica e Citologia, di Endocrinologia, di Genetica, di Biologia Molecolare e il Servizio di Immunematologia trasfusionale.

Cercherò di illustrare quattro competenze molto diverse tra di loro:

- TSLB informatico,
- TSLB in sala operatoria,

Dalla manualità all'automazione: l'evoluzione della professione del tecnico di laboratorio biomedico

- TSLB in un procedimento manuale,
- TSLB preparazione di prodotti biologici per la terapia trasfusionale.

LABORATORIO CHIMICO-CLINICO CENTRO ELABORAZIONE DATI

Le scienze informatiche hanno cambiato, qui più profondamente che altrove, il modo di lavorare offrendo potenti strumenti per la gestione del flusso di questi dati (dalla accettazione delle richieste, alla produzione, refertazione, conservazione ed elaborazione dei risultati analitici).

L'esigenza di informatizzare diversi Laboratori dell'Azienda ha portato nel 1994 alla nascita di un CED all'interno del Lab. di Analisi Chimico-Cliniche, composto inizialmente da un medico ed un TSLB. In seguito all'aumento di complessità e di attività ora lavorano nel settore 3 TSLB, mentre un collaboratore medico esterno è assegnato al coordinamento di un progetto specifico.



Tutti i TSLB utilizzati erano totalmente o quasi digiuni di informatica, ma ben disposti ad impararla. La loro formazione si è avvalsa della pazienza dei colleghi più esperti, della lettura anche casalinga di manuali di informatica e, soprattutto, di una fitta esperienza quotidiana sul campo.

Ciò consente loro ora di essere docenti in corsi aziendali accreditati ECM sull'utilizzo del Sistema Informativo di Laboratorio (LIS), o corsi di informatica più in generale rivolti a tutto il personale dell'Azienda.

L'attività del CED è difficilmente la stessa da un giorno all'altro. Alcune operazioni di manutenzione obbligate del sistema e di gestione delle richieste sono quotidiane (o comunque periodiche) e codificate.

Tutta la parte di "problem solving" è invece legata ai capricci di un complesso "ambiente informatico" che comprende sia variabili hardware (PC, analizzatori, rete dati,

server, stampanti e altri dispositivi) che software (oltre ai vari componenti del LIS, applicativi legati agli analizzatori, applicativi aziendali...).

Sempre più peso hanno le attività programmate legate a specifici progetti ed obiettivi.

L'aumento generalizzato di progetti legati all'informatica sanitaria fa sì che se ne sviluppino diversi in contemporanea, caratterizzando l'andamento del lavoro nel corso dell'anno in base alle loro scadenze. Ciò vivacizza ulteriormente l'attività del CED, che è, in sintesi, l'opposto di quella di un settore di laboratorio "classico", cioè della ripetuta analisi secondo metodiche consolidate di un certo numero di campioni biologici.

ENDOCRINOLOGIA

L'esperienza del TSLB, unica nella nostra regione, si esprime nel coadiuvare il chirurgo durante l'intervento di asportazione delle paratiroidi, eseguendo la determinazione di uno specifico analita direttamente presso la sala operatoria con un'apposita strumentazione, fornendo in pochi minuti il dosaggio di un parametro (PTH) che avvalorava la buona riuscita dell'intervento.

La breve emivita di questa molecola viene sfruttata per misurare la diminuzione dei valori del PTH durante la paratiroidectomia.

Il dosaggio del PTH, durante l'intervento, aiuta il chirurgo a valutare se tutto il tessuto ipersecernente è stato tolto e per limitare il danno chirurgico e cosa più importante riduce i tempi operatori.

In questa esperienza il TSLB opera in piena autonomia presso la sala operatoria effettuando taratura e controlli di qualità. In seguito durante la seduta operatoria esegue il dosaggio dell'analita comunicando il risultato ottenuto al biologo il quale, con il chirurgo, valuta l'andamento dell'intervento ed il raggiungimento del valore stabilito decretando la fine dell'intervento chirurgico.



Dalla manualità all'automazione: l'evoluzione della professione del tecnico di laboratorio biomedico

GENETICA

Un esempio di lavoro non automatizzato è quello che si svolge nel laboratorio di genetica che richiede 2 livelli di competenze professionali:

1. Il lavoro che inizia con l'accettazione del campione ed arriva all'allestimento del preparato finale;
2. l'osservazione microscopica dei preparati ottenuti.

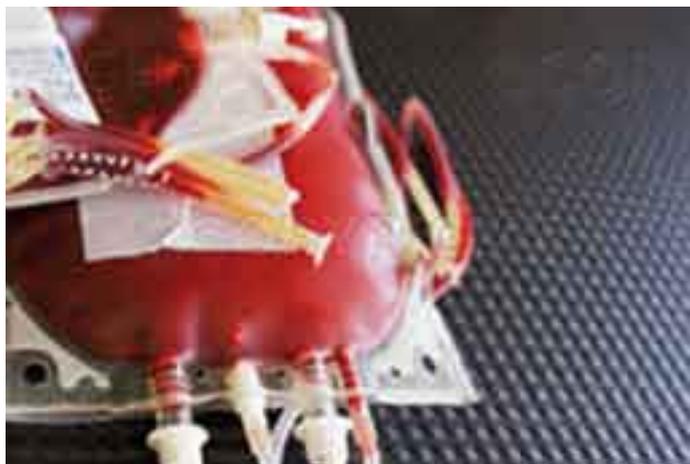
Nel primo livello la competenza professionale richiesta è forse in maggior misura esecutiva anche se lavorando con cellule vive non è possibile standardizzare.

Non esiste un tempo certo e definito di crescita cellulare né tanto meno uno "standard" definito e costante per la qualità dei preparati. Pensate solo alla diagnosi prenatale, dove si devono coltivare e fare riprodurre cellule fetali, quanto sia importante conoscere la morfologia e la trasformazione che avviene nelle cellule ed essere in grado di valutare se il preparato cellulare ha raggiunto lo stadio necessario per iniziare l'analisi.

Nel liquido amniotico che il medico ginecologo preleva esiste una parte corpuscolata contenente gli amniociti (la maggior parte non sono vitali), cellule derivate dalla membrana amniotica e dalla desquamazione di diversi tessuti fetali. Queste sono le cellule che fatte crescere e riprodurre, vengono poi opportunamente trattate e permetteranno di stabilire, oltre al sesso, se il futuro nascituro non sarà affetto da anomalie cromosomiche.

Più complessa e certamente di grande responsabilità è l'osservazione al microscopio. Il lavoro consiste nell'analizzare un numero prestabilito di metafasi, controllando il numero dei cromosomi per escludere anomalie numeriche, cariotiparne (ordinarli) almeno una e selezionarne un certo numero da sottoporre al Dirigente medico o biologo che provvederà alla diagnosi.

SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA E TRASFUSIONALE



Da banca del sangue, poco più di un deposito di sangue intero in flaconi di vetro, dove gli unici test praticati erano il gruppo sanguigno e la GPT, a Servizio di Immunematologia e Trasfusionale dove i settori e le attività spaziano dall'area clinico-assistenziale (terapia trasfusionale), all'area di laboratorio e ricerca alla criopreservazione di cellule staminali e da cordone ombelicale a scopo di trapianto: per questo le attività svolte dal TSLB all'interno di questo servizio sono molteplici.

- Esegue gruppi sanguigni, la ricerca e identificazione di anticorpi irregolari sui pazienti e sui donatori ed effettua esami sierologici previsti per legge su tutte le donazioni;
- Sui campioni di sangue materno e dei funicoli effettua i test attinenti la prevenzione, la diagnosi e la cura della malattia emolitica del neonato (MEN).
- Esegue le prove di compatibilità tra ricevente e donatore e tutte le ricerche pre e post-trasfusionali necessarie per una terapia trasfusionale sicura ed efficace;
- Assegna e distribuisce le sacche di concentrati piastrinici e plasma fresco congelato, nel caso di pazienti con patologie particolari oppure politrasfusi (es. talassemici) esegue lavorazioni di 2° livello sugli emocomponenti (lavaggio, deplezione, deplezione, irradiazione).
- Per quanto riguarda le sacche di sangue, ne segue il percorso dalla vena del donatore alla vena del ricevente sia dal punto di vista della tracciabilità informatica che quello della preparazione di emocomponenti biologicamente validati.
- Si occupa della scomposizione del sangue intero per ottenere emazie concentrate, plasma e piastrine, ne valuta la qualità, fondamentale per una buona terapia trasfusionale mirata e provvede alla loro corretta conservazione.

La natura biologica del materiale di partenza comporta un alto grado di variabilità che si riflette sulla composizione del prodotto finale. Di fondamentale importanza è quindi l'esecuzione di CQ durante tutti i procedimenti di centrifugazione, filtrazione, congelamento e conservazione.





Laura Canovi

Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
Radiologia – Dipartimento Diagnostica per Immagini

Nuove competenze per i tecnici sanitari di radiologia medica: la digitalizzazione delle immagini. Il sistema PACS

A partire dagli anni '60, con le prime applicazioni sperimentali del computer in ambito radiologico, l'elemento informatico si è imposto sempre più prepotentemente nelle indagini radiologiche, fino agli anni '80 con l'avvento dell'angiografia digitale e della TAC, fino alla creazione di un sistema in grado di gestire, attraverso l'archiviazione, le immagini digitali prodotte (sistema **PACS**) e la relativa gestione dei dati anagrafici dei pazienti su supporto informatico - (**RIS** - Radiology Information System) collegato ad un più ampio sistema di gestione informatico ospedaliero - (**HIS** - Hospital Information System).



La nostra realtà

Nella nostra realtà, il primo sistema a partire è stato quello ospedaliero (His) nel 1998, a seguire quello della radiologia (Ris) nel 1999, infine il PACS nel 2003.

Gli operatori del dipartimento di diagnostica per immagini hanno vissuto questo cambiamento epocale dapprima in maniera graduale con la digitalizzazione di alcuni apparecchi radiologici, poi, in concomitanza con il trasferimento, **tutto è arrivato in una volta!!!**

Ad ora abbiamo in dotazione 9 diagnostiche di radiologia tradizionale con uso di immagini digitali e 10 postazioni di refertazione a monitor collegate al sistema Ris-Pacs.

Sistema PACS

Picture Archiving Communication System

Permette la visualizzazione, archiviazione, trasferimento, movimentazione delle immagini digitali, con notevoli vantaggi dal punto di vista della comunicazione real time attraverso PC delle immagini acquisite e refertate, dei tempi, dei costi e della qualità clinica, il tutto archiviato su supporti magnetici a breve e a lungo termine su DVD e diffuso su rete informatica ospedaliera su circa 1200 PC via web.



La nostra esperienza

Il cambiamento professionale vissuto da me e da tutti i colleghi in questi ultimi due/tre anni è stato di forte impatto. Le nostre apparecchiature hanno preso sempre più le somiglianze di elaboratori molto sofisticati, le comunicazioni fra operatori dei vari settori (accettazione-diagnostica-refertazione) sia interni al reparto che in tutto l'ospedale, da verbali sono diventate sempre più scritte e mediate da PC in rete.

Questo ha comportato diverse difficoltà:

- di tipo **formativo** (indispensabile conoscere l'ABC informatico)
- di tipo **relazionale** (rischio di "chiusura" comunicativa orale, largo spazio alla comunicazione scritta e verificabile)

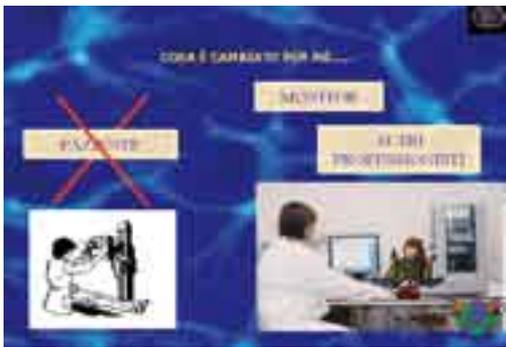
Nuove competenze per i tecnici sanitari di radiologia medica: la digitalizzazione delle immagini. Il sistema PACS

in qualsiasi momento da ogni PC)

- di tipo **professionale** (è stato necessario spostare la propria competenza dalla manipolazione (nascita, elaborazione e archiviazione) delle immagini analogiche (pellicole) a quelle digitali (monitor- CD).

Difficile adeguamento soprattutto perché la nostra formazione a monte non rispondeva, e ancora non risponde del tutto, a questa esigenza e non ha saputo tenere il passo con il cambiamento. Di conseguenza tutti ci siamo dovuti un po' "arrangiare" mettendo insieme le nostre conoscenze informatiche personali con corsi specifici. L'uso di PC e la gestione dei dati del paziente e dei relativi esami radiologici ci ha vincolato alla firma digitale dell'esame attraverso password informatiche, cosa che ha spronato ancora di più il nostro senso di responsabilità professionale a non demandare più a nessun altro gli atti di nostra competenza.

L'amministratore di sistema



La gestione e l'amministrazione della immensa mole di dati informatici legati alle immagini digitali promuove lo sviluppo di una

nuova attività per il tecnico di radiologia, quella dell'amministratore di sistema PACS. Non esistendo ancora una mappatura delle attività ben definite di cosa fa un amministratore di sistema, ho dovuto, insieme ai miei colleghi che fanno parte di questo gruppo, dare forma alla nostra attività, rispondendo ai quesiti che venivano posti, facendo una fotografia delle esigenze più comuni mie e di tutti quelli che hanno a che fare con il sistema PACS, interfacciandomi con gli esperti del sistema e le esigenze del dipartimento. Ancora adesso siamo in fase di costruzione, ma abbiamo un po' di più le idee chiare, se non altro su quali sono i requisiti



minimi che deve avere un tecnico di radiologia che vuole fare parte di questo team:

- conoscenza informatica di base
- conoscenza delle apparecchiature digitali
- conoscenza delle modalità di archiviazione digitale
- conoscenza della terminologia medica

- disponibilità di orario e nella mia esperienza sicuramente un'esperienza professionale diretta in diagnostica.

Si lavora, spesso in modo silenzioso, dietro le quinte: ci sono numerosi controlli e presidi da fare per garantire l'efficienza del sistema, in modo autonomo o avvalendosi della collaborazione del tecnico di presidio pacs-kodak e del servizio di fisica sanitaria, cioè:

- garantire che al tecnico di radiologia della diagnostica arrivi in modo corretto il paziente sulla lista Ris
- collaborare con i colleghi tecnici per il corretto funzionamento delle apparecchiature in diagnostica
- garantire al medico radiologo l'arrivo delle immagini sulla postazione di refertazione in tempi brevi e garantire il corretto funzionamento delle postazioni di refertazione
- supportare i medici di reparto (poliambulatori, reparti, sale operatorie...), che hanno accesso al web, in modo che possano avere a disposizione sul loro PC le immagini di interesse
- gestire la masterizzazione dei CD che vengono distribuiti al posto delle pellicole e verificare che siano leggibili anche fuori dall'Azienda Ospedaliera
- garantire continuità del sistema di teleconsulto delle immagini da Ospedale dell'azienda Usl a quella dell'azienda Santa Maria
- garantire che si attivino nel modo più veloce possibile le procedure di emergenza in caso di blocchi del sistema
- rispondere a tutti gli utenti che hanno problemi con la visualizzazione delle immagini digitali risolvendo le criticità rendendosi anche disponibile a spostarsi fisicamente laddove esiste il problema
- formare i medici specialisti per la consultazione delle immagini via WEB dalla intranet clinica e per la compilazione delle richieste informatiche
- fare da consulente per tutto il personale sanitario che si interfaccia con il sistema PACS della radiologia
- formare i neoassunti i primi giorni di lavoro sulle caratteristiche delle apparecchiature digitali

Riassumendo

Una grande responsabilità per l'amministratore di sistema:

- il funzionamento corretto di tutto il sistema è la norma,
- il blocco provoca guai molto seri: l'amministratore di sistema è il primo professionista che deve rispondere nella situazione nel

più breve tempo possibile, con danni minimi al fine di garantire la continuità assistenziale al paziente.

Numerose sono le procedure di emergenza che abbiamo approntato nel caso di blocco del sistema, ma la situazione da gestire rimane comunque molto critica.





Alessandra Ronzoni

Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
Radiologia - Dipartimento Diagnostica per Immagini

MAMMOGRAFIA: ANALISI DI UN CAMBIAMENTO

L'obiettivo principale di questa relazione è quello di analizzare, nello specifico, gli aspetti più rilevanti che hanno caratterizzato, nel processo globale di unificazione nel nuovo impianto ospedaliero, l'accorpamento tra la mammografia del S. Maria Nuova e quella dello Spallanzani.

Nonostante si trattasse della stessa Azienda, le due



realtà hanno sempre intrapreso metodiche gestionali e programmi procedurali differenti, perseguiti comunque all'interno di una propria

lecita autonomia organizzativa.

Il trasferimento in un unico ambiente, l'unificazione del personale tecnico, la digitalizzazione e l'informatizzazione delle informazioni (quindi l'introduzione di nuove metodiche tecniche di diagnostica), sono stati tre elementi fondamentali che hanno giocato un ruolo di "causa ed effetto" sull'equilibrio della nuova realtà.



Gli effetti sinergici di questi tre fattori, in ogni caso, "destabilizzanti", si sono maggiormente evidenziati proprio nell'integrazione

professionale tra i diversi operatori (tecnici, medici ed infermieri) i quali, all'inizio, hanno cercato di mantenere immutati certi meccanismi di comportamento ormai sedimentati fin dall'origine delle proprie esperienze lavorative svolte in realtà differenti.

La perdita inevitabile di questi equilibri ha provocato nel personale una netta distinzione tra chi ha posto una resi-

stenza al cambiamento, chi l'ha subita in modo del tutto passivo, chi viceversa ha trovato nella novità notevoli stimoli nel prendere parte attiva a tutte le sfide organizzative che questa operazione ha comportato.

In questo lavoro si è cercato di analizzare sia il difficile percorso del cambiamento, visto con gli occhi di chi lo ha vissuto in prima persona e di tutti quei meccanismi co-



struiti al fine di creare una nuova identità d'insieme, basata essenzialmente su valori di identificazione e partecipazione col-

lettiva comune a tutti gli operatori della mammografia. Sotto l'aspetto organizzativo, di fondamentale importanza è stata l'attenzione rivolta al paziente, divenuto il punto di riferimento attorno al quale si è voluta creare una strategia collettiva che potesse migliorare la qualità del servizio. Di fatto sono state abbreviate certe procedure che precedentemente costringevano il paziente a lunghe attese prima di ricevere la prestazione.

Tutto questo è stato possibile grazie anche ad una maggiore libertà decisionale e gestionale delle risorse, che ha permesso non solo la razionalizzazione dei tempi di attesa e delle prestazioni, ma anche una maggiore collegialità di tutto il personale della mammografia nell'organizzare le nuove procedure e quindi nel rispettarle.

I grafici finali evidenziano in modo chiaro i risultati ottenuti in un anno di lavoro svolto nel nuovo complesso ospedaliero.

Credo sia rilevante evidenziare il risultato ottenuto sviluppando alcuni semplici progetti extra lavorativi, dove il coinvolgimento di tutto il personale del modulo operativo di mammografia (dal medico all'infermiere) è stato totale, ed i progetti sviluppati hanno funzionato sia come fulcro d'unione, ma soprattutto come sistemi straordinari di socializzazione dei rapporti professionali e personali, migliorando notevolmente l'integrazione tra le due realtà.



Jessica Mary Raser

Infermiera

Poliambulatori - Direzione Medica di Presidio

L'attività ambulatoriale infermieristica: storia di un'autonomia

Il profilo professionale infermieristico ha conferito alla nostra figura, un riconoscimento importantissimo in fatto di "autonomia e responsabilità" nell'assistenza. Con esso l'infermiere viene riconosciuto come figura professionale responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

Sotto l'influsso di questo cambiamento, nasce la prima proposta di creare un ambulatorio di assistenza infermieristica.



Siamo a Maggio del 1995 quando le coordinatrici infermieristiche dei **poliambulatori** si fanno promotrici di questo cambiamento. Attraverso la loro esperienza quotidiana, comprendono che molti bisogni assistenziali, possono essere soddisfatti da una prestazione infermieristica effettuata in autonomia (senza la presenza contemporanea del medico).

Una proposta innovativa che rappresenta per gli infermieri, il concreto superamento del mansionario, una grande opportunità per mettersi finalmente alla prova.

Gli obiettivi di questa proposta erano i seguenti:

- valorizzare il ruolo dell'infermiere ai poliambulatori (aumentare il livello di autostima in operatori che, nella stragrande maggioranza, lavorano in questa struttura per problemi di salute).
- favorire l'autonomia della prestazione infermieristica.
- aumentare la disponibilità di posti per visite specialistiche (per lo spostamento di attività dall'ambulatorio Medico a quello Infermieristico).

- risparmio economico (la prestazione infermieristica costa meno di quella medica).
- aumentare la soddisfazione dell'utente, effettuando informazione sanitaria e garantendo continuità assistenziale.

Nel 1997 nasce il servizio infermieristico e tecnico che condividendo pienamente gli obiettivi del progetto, rafforza la spinta alla sua realizzazione.

Nel 1998 avviene il primo incontro tra le Coordinatrici Infermieristiche dei poliambulatori e i medici specialisti referenti del progetto.

In questa sede vengono definiti gli aspetti organizzativi del neonato ambulatorio infermieristico che si chiamerà Ambulatorio di Attività Integrata: A.A.I.

In questa sede si codifica quanto segue:

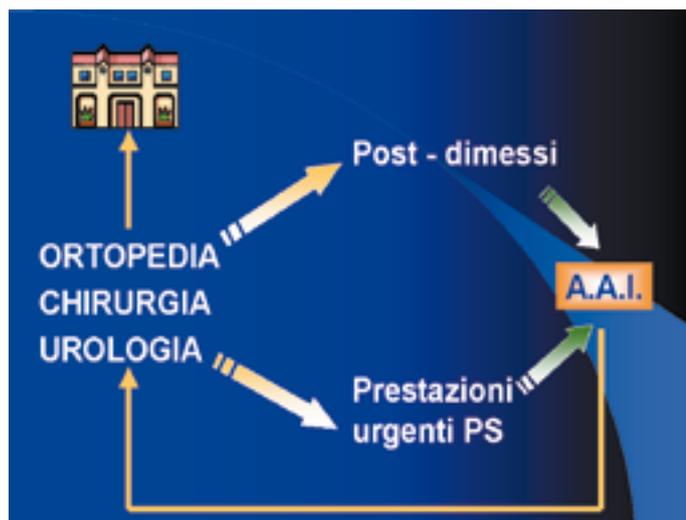
- accesso all'ambulatorio AAI.
 - Quali pazienti possono afferire (post-dimessi o dopo la prima visita ma sempre su indicazione dello specialista: per medicazioni, rimozione punti di sutura, controllo e/o sostituzione di catetere vescicale, educazione igienico-sanitaria).
 - Modalità di prenotazione (accesso informatizzato)
- giorni e orari di prenotazione.
- discrezionalità infermieristica (valutazione delle complicanze, possibilità di inviare l'utente all'ambulatorio chirurgico di competenza).
- refertazione infermieristica (l'infermiere dovrà registrare la prestazione sul modulo di refertazione).
- continuità del piano assistenziale da parte dell'infermiere
- raccolta dati statistici
- ambulatori da destinare all'attività
- data di inizio dell'attività (02 Marzo 1998)

A.A.I. OGGI

Attualmente l'attività dell'ambulatorio infermieristico rispetta i criteri di base definiti a suo tempo.

I cambiamenti organizzativi sono stati suggeriti sia dall'equipe infermieristica, che dagli utenti stessi. Il questionario di gradimento, distribuito poco tempo dopo l'apertura dell'ambulatorio, ha evidenziato la necessità di ampliare la fascia oraria. Siamo passati quindi da una attività limitata a trenta minuti tutte le mattine, all'inte-

L'attività ambulatoriale infermieristica: storia di un'autonomia



grazie di ulteriori tre mattine dedicate all'attività infermieristica, per una media di 2738 prestazioni annue. L'andamento lievemente decrescente delle prestazioni effettuate, è legato ad una valutazione più selettiva delle medicazioni che realmente necessitano di una gestione quotidiana, inoltre educando il paziente e i propri familiari si attinge a risorse che consentono (in alcuni casi) di proseguire a domicilio i trattamenti (vedi cisti pilonidali, fistole perianali ecc).

Per quanto riguarda le medicazioni di pazienti con lesioni croniche che venivano inviati dalla Chirurgia Vascolare, si è venuta a creare una continuità tra l'ambulatorio infermieristico e l'assistenza infermieristica domiciliare: l'utente e i propri familiari vengono informati sulla possibilità e modalità di usufruire del Servizio, riducendo in tal modo il numero di accessi all'ospedale, con conseguente diminuzione del disagio (legato al trasporto e agli spostamenti). È necessario chiarire che dopo una prima valutazione medica la gestione del paziente è affidata agli infermieri che, in autonomia, effettuano medicazioni di varie complessità. Sono gli infermieri che identificano segni/sintomi di complicanze e decidono il controllo medico, anche nel caso di avvenuta guarigione.

La collaborazione medico-infermiere è alla base del successo di questo ambulatorio.

L'autonomia infermieristica nella scelta della cura della ferita, la regolarità delle medicazioni e il lavoro di squadra, hanno portato ad una riduzione dei tempi di guarigione. Recentemente con l'ingresso dell'ORTOPEDIA all'AAI, le prestazioni infermieristiche includono anche medicazioni ortopediche post operatorie. Questo fa sì che l'ambulatorio divisionale venga alleggerito, demandando all'infermiere le medicazioni intermedie tra l'intervento e l'ultima visita. Anche la modalità di accesso dell'utenza è cambiata: bisogna segnalare che molti accessi avvengono anche da ospedali della provincia. Oltre alle medicazioni chirurgiche POST-OPERATORIE, vi è l'integrazione delle cure iniziate d'urgenza in pronto soccorso. Queste ultime, portano ad accessi multipli all'ambulatorio infermieristico, per la natura stessa delle ferite che spesso devono guarire per seconda intenzio-

ne. In questo contesto sapere-saper fare-saper essere, assumono importanza fondamentale.

L'infermiere pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico (funzione del profilo professionale). Le medicazioni che si effettuano in ambulatorio non costituiscono solo un gesto tecnico, ma l'occasione per l'operatore di entrare in relazione con l'utente, attraverso la comunicazione, individuando strategie comunicative in rapporto alle condizioni psico-fisiche dell'utente. Bisogna sempre tener conto che le modificazioni del corpo, producono una modificazione dello spirito. Spesso ci si trova a contatto con persone che dopo mesi di accesso all'ambulatorio non credono più alla possibilità di guarire e non hanno più voglia di reagire. In questo contesto, l'infermiere dà spazio all'ascolto, supporta l'utente facendolo riflettere anche sui più piccoli miglioramenti, senza dare false rassicurazioni. Il passaggio di informazioni tra i componenti dell'equipe medico-infermieristica è fondamentale per una sinergia di azioni in cui l'utente è il protagonista. La componente relazionale nel garantire la continuità di cura, porta l'utente e i suoi familiari ad instaurare un rapporto di fiducia con il gruppo infermieristico, con conseguente gratificazione da entrambe le parti.

La complessità dei percorsi a cui l'utente è sottoposto e le patologie concomitanti, rendono non meno importante il ruolo di educatore sanitario svolto dall'infermiere. Il bisogno di informazioni da parte dell'utente, rappresenta per gli infermieri uno stimolo costante ad aggiornarsi per fornire risposte soddisfacenti ed appropriate.



Concludiamo con una spruzzata di idee per il futuro:

- potenziare la continuità assistenziale con il Servizio Domiciliare.
- ampliare gli ambiti di integrazione e collaborazione con gli altri reparti/servizi.
- ampliare la fascia oraria di accesso all'AAI al pomeriggio (per soddisfare le esigenze di utenti studenti e lavoratori).
- anamnesi infermieristica computerizzata.



Marzia Prandi

Coordinatrice Infermieristica

Formazione e Sviluppo - Direzione Infermieristica, Tecnica e Ostetrica

Profili di competenza: un processo di sviluppo per i professionisti

Quando ho pensato a come impostare questa relazione la prima, forse ovvia, intenzione, è stata quella di riassumere all'essenziale le diverse fasi di realizzazione del progetto di cui vi parlerò. Poi, lasciandomi ispirare con più attenzione dal titolo di questo incontro, ho sentito che l'intenzione si è fatta più chiara.

Ho messo a fuoco infatti, che quello che mi stava più a cuore era condividere un'esperienza, la mia e quella di decine di colleghi con i quali ho vissuto questo percorso.

Mettere al primo posto l'esperienza delle persone, significa riconoscerle nella loro diversità, accettarle nei loro limiti e valorizzarle nelle loro capacità, ma anche saper stare nel conflitto e scoprire insieme, a volte faticosamente, la strada verso la soluzione.

Non posso quindi che ringraziare fin da subito coloro che si sono prestati ad offrirmi delle ispirazioni.

Ispirazioni che sono arrivate attraverso una frase o un breve periodo o uno slogan che per ognuno di loro ha rappresentato un significato, un messaggio, che sintetizza il senso della partecipazione a questa esperienza.

Ma non finisce qui, ognuno di loro ha mandato una fotografia o un'immagine che simbolicamente o affettivamente o come ognuno ha creduto che fosse, trasmetta qualcosa di personale, a me, ma soprattutto a voi.

Persona e organizzazione: è questo il titolo del Convegno, e questo sia.

Progetto "Catalogo delle competenze".

Questo progetto, promosso dall'allora Servizio Infermieristico e Tecnico, ha avuto inizio nel 2001 ed è in corso di completamento. Anche se, e questo vi sarà più chiaro successivamente, un progetto di questa natura non potrà, di fatto, avere un termine.

Colgo la prima ispirazione, è di ISA.



Isa, è un'infermiera, che ha coordinato il gruppo di colleghi che ha elaborato il profilo di competenza soglia dell'infermiere di area chirurgica. Isa

dice:

"E' passato tanto tempo da allora. In tanti anni l'impegno e la voglia di fare sono rimasti costanti. Il risultato di tanto lavoro e' davanti a voi e spero che vi possa servire".

Certo, Isa, sono passati 5 anni, il tempo è stato tanto, facciamo davvero in modo che serva tutto questo investimento in termini di tempo, appunto, e di energie personali.

Ma rifletto anche sul fatto che il tempo, in processi come questo, non deve essere considerato un tiranno, in realtà proprio questo tempo, e cioè 5 anni, è il tempo per così dire fisiologico di sviluppo di progetti di questa portata. Al proposito cito una frase di Vittorio D'Amato, uno dei massimi esperti europei sul pensiero sistemico, sull'apprendimento organizzativo e la gestione dei processi di cambiamento. D'Amato dice:

"Esiste sempre un limite che influisce sulla crescita, rallentandola, fermanola, dirigendola in altre direzioni o perfino capovolgendola".

Il Progetto inizia quindi nel 2001 con una prima tappa di carattere formativo attraverso la quale vengono proposte le metodologie di approccio alla mappatura delle competenze. L'intervento formativo è stato affidato a due formatori/consulenti che, pur offrendo stimoli diversi, ci hanno permesso di trovare il "nostro" modello di mappatura. Ricordo i due colleghi che ci hanno formato: Gianni Bagni e Giuseppe Marmo.

Il nostro modello, cioè il modello scelto per la nostra realtà, si ispira a queste definizioni.

La competenza è:

ATTIVITA' PROFESSIONALE:

- o osservabile
- o valutabile
- o condivisa
- o coerente con la norma

La definizione di profilo di competenza proposta da Giuseppe Marmo, che abbiamo fatta nostra è:

PROFILO DI COMPETENZA:

E' un atto manageriale che racchiude le attività osservabili, valutabili e condivise, in un dato contesto assistenziale, relative alle componenti:

Profili di competenza: un processo di sviluppo per i professionisti

- o Gestuali
 - o Comunicative
 - o Intellettuali
- coerenti con la norma:
- Profilo professionale,
 - Codice deontologico,
 - Ordinamento didattico



Colgo un'altra ispirazione, questa volta da **Maria**.

Maria è un'infermiera che ha lavorato all'elaborazione del profilo soglia dell'infermiere di

area medica e del profilo distintivo dell'infermiere del reparto in cui lavora.

Maria dice:

"Quando tutto sembra andare a rotoli e non funzionare più, guardiamoci indietro e pensiamo alle cose belle che abbiamo fatto per diventare, essere infermieri. Non è vero che non siamo nessuno, è solo il momento! Guardiamo avanti e pensiamo al positivo, facciamo vedere al mondo chi siamo, cosa facciamo...sono tante le cose...Servirà?"

Maria ci invita a riflettere sul senso di questo progetto. Perché il Profilo di competenza? a cosa servirà?

- Per riconoscersi, come professionisti, in un dato contesto organizzativo.
- Per dichiarare gli ambiti di discrezionalità decisionale del professionista e le responsabilità operative.
- Per facilitare la consapevolezza dell'appartenenza ad un gruppo professionale.

Nello stesso tempo Luana, tecnica di radiologia che ha collaborato all'elaborazione del profilo distintivo del tecnico di radiologia del suo reparto, dice:



"Nessuno può insegnarvi nulla se non ciò che già è latente nella vostra conoscenza"

È vero **Luana**,

ciò che i professionisti hanno elaborato attraverso questi profili rappresenta una fotografia di ciò che si fa, non è un profilo di immagine, è un profilo di sostanza. Ma vuole anche essere un profilo che mette a confronto i professionisti con un modello comune di come ci si vede e di come ci si presenta agli altri.

Un modello comune che serve:

- per orientare l'analisi del bisogno formativo individuale e collettivo (bilancio delle competenze),
- per orientare il processo di inserimento del neo inserito/neo-assunto,
- per rendere più chiari gli ambiti di integrazione con altri professionisti,
- per individuare gli ambiti di possibile sviluppo delle competenze,
- per individuare i criteri di valutazione dei professionisti.



Roberta, infermiera del Dipartimento Oncologico, aggiunge:

"Lavorare a questo progetto mi ha fatto riflettere: quante cose facciamo

ogni giorno...ma quanto potremmo fare di più per noi e per i nostri pazienti".

È vero Roberta, la maggiore consapevolezza di ciò che si fa, permette di individuare ciò che si potrebbe fare, e ciò svela il potenziale di sviluppo intrinseco a questo processo.

Ma l'importante, appunto, è cominciare a descrivere e a riconoscersi in un profilo.

COMPETENZE SOGLIA:

attività professionali essenziali (di base) e trasversali a diversi contesti organizzativi

(es. competenze soglia dell'infermiere di area chirurgica; competenze soglia del tecnico sanitario di laboratorio biomedico).

Sono stati identificati i seguenti profili soglia dell'infermiere:

- Area Chirurgica
- Area Diagnostica per Immagini
- Area Endoscopica
- Area Materno-infantile
- Area Medica
- Area Onco-ematologica
- Area Poliambulatori
- Area Sale Operatorie

ed i profili soglia di:

- Fisioterapista
- Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

Barbara ci sollecita a ricordare che:

"Col profilo di competenza, non si vince la valenza"

È così Barbara, facciamo attenzione a non identifica-

re il professionista con il suo profilo, nessuna descrizione potrà rappresentare nella sua totalità e complessità l'espressione individuale della persona che lavora. Ma il tentativo di declinare azioni e saperi è prima di tutto la testimonianza di una responsabilità che il professionista si assume rispetto a se stesso, alla comunità professionale di appartenenza, alla comunità organizzativa di appartenenza e al cittadino fruitore del suo servizio. La descrizione dei profili si sviluppa poi rispetto al secondo livello che corrisponde alle competenze distintive.

COMPETENZE DISTINTIVE:

attività professionali specifiche che caratterizzano il professionista in quel dato contesto organizzativo.

Sono le competenze che caratterizzano il professionista esperto

Federica, infermiera del Dipartimento di Emergenza-urgenza sottolinea che:

"Ciò che si capisce bene si enuncia chiaramente e le parole per dirlo vengono facilmente".



Com'è vero Federica, ho potuto verificarlo direttamente ciò che tu suggerisci. Ho incontrato in questi anni professionisti con un diverso livello di chiarezza sul

proprio agire.

Ed è proprio vero che le maggiori difficoltà a declinare il profilo sono state manifestate dai professionisti che non avevano chiarezza su ciò che, magari quotidianamente, realizzavano.

E il passaggio più difficile è stata l'individuazione delle competenze sostenute dalla discrezionalità del professionista, dalla sua autonomia decisionale.

Ogni volta ponevo la domanda: "Quali sono le attività nelle quali decidete autonomamente e nelle quali valutate la situazione e agite di conseguenza assumendovene pienamente la responsabilità?"

E in più aggiungevo "Attenzione perché le aree che maggiormente esprimono questa discrezionalità sono: l'area relazionale, l'area educativa, l'area dell'urgenza e dell'individuazione e della gestione precoce delle complicanze".

La risposta di molti professionisti era costante: "E' vero, in queste attività siamo davvero responsabili, ma molto spesso diamo questo per scontato e non le valorizziamo".

Ecco allora che per tutte le professioni che abbiamo visto in precedenza, per ogni struttura organizzativa di appartenenza sono stati individuati i profili distintivi o le relative mappature.

Mappatura di competenza:

La mappatura di competenza è stata applicata nelle realtà organizzative in cui il professionista opera in un modo strettamente proceduralizzato, quindi con bassa discrezionalità. Ciò ovviamente non toglie competenza, ma chiarisce il processo operativo che si colloca all'interno di procedure anche molto complesse, ma standardizzate.

Un esempio classico è la mappatura di competenza per l'infermiere strumentista di sala operatoria che, non si può dire non sia un professionista altamente qualificato, ma nello stesso tempo la sua attività rientra all'interno di procedure ben precise, non discrezionali.

Le riflessioni che potrei proporvi sono davvero tante, questo percorso ha svelato mille sfaccettature di come i professionisti si vivono, si vedono, si valutano. Voglio proporvi alcune riflessioni e ispirazioni offerte da altri colleghi:

Sandra, infermiera che ha fatto parte del gruppo che ha elaborato il profilo soglia di area medica, inizia questo viaggio richiamando la dimensione del gruppo.



Sandra dice:

"In gruppo siamo tutti bravi e belli, basta che ognuno faccia la sua parte!".

E' stato così, i gruppi di lavoro che hanno condiviso, che hanno elaborato i profili confrontandosi, hanno manifestato una particolare soddisfazione.

Laddove, d'altra parte, la forza del gruppo ha vacillato, il vissuto dei cosiddetti "superstiti" è stato diverso.

Lo descrive bene **Elena**, che propone una serie di frasi che richiamano delle immagini particolarmente evocative, poetiche, che fanno riferimento alla sua particolare



esperienza:

"Eclissi di sole, Cancelli sbarcati, Labirinto di vetro, Scintille di fiamme"

Per **Elena** l'esperienza è iniziata con una specie di oscuramento, forse la difficoltà di un modello di lavoro non consueto o forse qualche no ricevuto dai colleghi o forse la naturale complessità di un labirinto che può solo essere percorso per essere conosciuto. Ma il positivo è che Elena ora vede delle scintille, vede che qualcosa si sta animando, si sta muovendo e i

Profili di competenza: un processo di sviluppo per i professionisti

colori da lei stessa scelti per questa slide lo dimostrano.



Sonia, Luisa, Marzia e Isa hanno invece espresso una particolare positività nella loro esperienza di lavoro per il profilo dell'ostetrica. E' stata un'occa-

sione come ci dicono:

"Questa esperienza ci ha portato ad un'assistenza cosciente attraverso un cammino consapevole, attivato con passi comuni ed amicizia."

Si conferma comunque, la necessità di rispettare i tempi fisiologici di certi processi.

Ma non voglio trascurare l'iniziale difficoltà che molti hanno incontrato nel recepire la metodologia, io stessa ho avuto bisogno di diversi confronti con il consulente prima di entrare bene nella modalità di elaborazione che abbiamo scelto di adottare.

Sì, **Federica e Franca:**

"Imparare è scoprire quello che già si sa. Fare è dimostrare che lo si sa."



Insegnare è ricordare agli altri che lo sanno altrettanto bene. Siamo tutti impegnati a imparare, fare e insegnare" (Richard Bach)

Il vostro particolare impegno nell'elaborare il profilo distintivo dell'infermiere di Cardiologia è una testimonianza di questo.

Daniela e le sue compagne di classe del corso infermieri e quanto lei ci dice:

"Per me è stata molto importante questa cena, dove io e i miei colleghi di corso IP diplomati nel 1985 ci siamo ritrovati ben dopo 20 anni. E' stato bellissimo ricordare il passato, ma anche parlare e confrontarci con il presente."



Attraverso Daniela, appunto, possiamo confrontare il livello di competenza dei professionisti d'oggi, molto ben rappresentato in questo

convegno, con ciò che ricordiamo del passato, il tutto all'interno di un processo di apprendimento dall'esperienza che è il principale fondamento dello sviluppo professionale ed organizzativo.

Molti professionisti, nel momento in cui si sono descritti hanno riconosciuto il notevole cambiamento rispetto a qualche anno fa. Un cambiamento che guarda in avanti, anche se intriso di difficoltà.

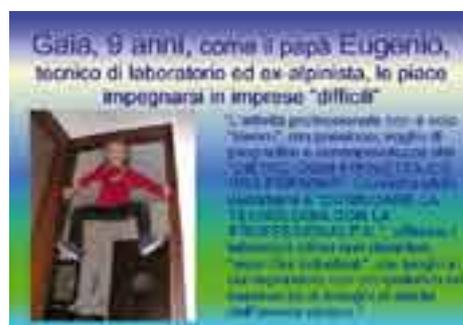
Il lavoro prodotto verrà pubblicato nella Intranet aziendale e nel sito Internet, affinché ci sia la massima diffusione, ma soprattutto la massima fruibilità da parte degli operatori interni ed esterni al S. Maria.

Ma immaginiamo una fruibilità che possa coinvolgere anche il cittadino che conoscerà, in questo modo, qual è il livello di professionalità dichiarata dai nostri professionisti.

La pubblicazione del Catalogo delle competenze è ora subordinata alla condivisione di quanto elaborato all'interno dei gruppi professionali.

Come è stato detto in precedenza il profilo di competenza deve essere condiviso.

Ogni professionista deve riconoscersi nella descrizione del proprio agire professionale, soglia o distintivo, per specifica appartenenza. Solo dopo che ci sarà la condivisione ed il consenso da parte dei gruppi professionali, i profili verranno pubblicati.



Eugenio, che ha coordinato il gruppo dei tecnici di laboratorio, propone un messaggio che trasmette positività e fiducia nel valore che può avere per un gruppo pro-

fessionale la comune elaborazione e condivisione del proprio profilo:

"L'attività professionale non è solo "lavoro", ma passione, voglia di progredire e consapevolezza che "DIETRO OGNI PROVETTA C'E' UNA PERSONA".

La nostra sfida quotidiana è "CONIUGARE LA TECNOLOGIA CON LA PROFESSIONALITA'", affinché i laboratori clinici non diventino "esamifici industriali", ma luoghi in cui rispondere con competenza ed esperienza ai bisogni di salute dell'essere umano."

Il lavoro è stato, è e sarà in continuo divenire. Non esiste un profilo definitivo. La dinamicità delle professioni non può che corrispondere alla dinamicità dei profili di competenza.

E quindi **Maria Pina** è proprio come dici tu:

"La meta del miglioramento è un traguardo a cui più volte giungiamo, ma la cosa straordinaria è che mentre l'abbiamo raggiunta, essa si è spostata un po' più

**Profili di competenza:
un processo di sviluppo per i professionisti**



avanti".
E mano a mano che si svilupperà questo lavoro, manteniamo sempre l'attenzione a ciò che molto spesso è dato per scontato.

Non vogliamo dare per scontato che:

- sia centrale il fruitore del servizio.



Ce lo ricordano **Manuela, Mirco, Lorenza e Annamaria**, che hanno elaborato insieme il profilo soglia dell'infermiere di endoscopia:

"Condividere esperienza umana e tecnologia al servizio dell'uomo"

- sia centrale la persona



Ce lo ricordano **Barbara e Alice**, Barbara ha collaborato alla stesura del profilo distintivo dell'ortotista, Alice in realtà aveva qualcosa di più importante di cui

occuparsi. Ci ricordano:

"Alcune persone rendono il mondo piu' speciale solo vivendoci".

- sia centrale la motivazione ed il senso del proprio agire:

Maddalena, fisioterapista che lavora al Presidio Disabilità Infantili, propone una strada possibile:



IL NOSTRO LAVORO E'.....
"E' assurdo dice la ragione è quel che è dice l'amore è infelicità dice il calcolo non è altro che dolore dice la

paura è vano dice il giudizio è quel che è dice l'amore è ridicolo dice l'orgoglio è avventato dice la prudenza è impossibile dice l'esperienza è quel che è dice l'amore"
(Erich Fried)

E infine il messaggio, da **Adriano**, che ci aiuta a non dimenticare mai che il primo appuntamento di chi è impegnato in una professione d'aiuto, è di aiutare se stesso a stare meglio.

Potrebbe essere una nuova competenza da inserire in tutti i profili. Cosa ne pensate?



"Sono molto dispiaciuto per non essere presente oggi, ma impegni urgenti mi trattengono altrove... (sono in vacanza) BUON LAVORO!"

Da parte mia, di me vi propongo questa fotografia. E' stata scattata il giorno del matrimonio dei miei genitori, l'ho scelta perché è attraverso di loro e da loro che ho imparato questa parola.



“Chi eravamo, chi siamo: i professionisti si raccontano”

I Protagonisti



IRENE BERTULLI - Ortottista



CRISTINA CAFFARRI - Infermiera



LUCIANA CASELLI - Tecnico sanitario di laboratorio biomedico



FAUSTO CERVI - Infermiere



ENRICA COPELLI - Logopedista



MARIKA INCERTI - Ostetrica



NADIA MORETTI - Tecnico sanitario di radiologia medica



ANTONELLA PICA - Infermiera



CRISTINA PIGHINI - Tecnica della fisiopatologia cardiocircolatoria e per fusione cardiovascolare



MICHELE SANTELLA - Infermiere



DANIELA SIROTTI - Tecnica di neurofisiologia



LORETTA RONZONI - Infermiera



STEFANO ZIVERI - Fisioterapista

TRAMA

Dalle immagini del “vecchio” ospedale di Via Dante (stanze, pazienti, personale di assistenza, attrezzature), alle immagini della costruzione del S. Maria Nuova, alla mitica cinquecento parcheggiata nei cortili interni dell’ospedale (anno 1965). Questa è l’introduzione ad un successivo avvicinarsi di volti e di storie raccontate direttamente dai protagonisti. I protagonisti si raccontano nel loro essere persone e professionisti.

SCENEGGIATURA

Marzia Prandi e
Patrizia Copelli

REGIA

Maurizio Galimberti

La videonarrazione è disponibile in DVD presso la Direzione Infermieristica richiedendola a Prandi Marzia e ASMN RE.