

**UNIVERSITA' CATTOLICA DEL SACRO CUORE
Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" – Roma
Corso di Laurea in Infermieristica**

Tesi di laurea

**“Studio osservazionale sull’applicazione di un modello
organizzativo umanizzante “**

Relatore:

Chiar.ma Prof.ssa STEFANIA PACE

Correlatore:

Chiar.ma Prof.ssa ANTONELLA MASSARI

**Candidato
ELISA LAZZARINI**

Matricola N. 4650979

Anno accademico 2018/2019

RINGRAZIAMENTI

Eccomi arrivata alla fine di questo percorso che mi ha fatto appassionare alla professione infermieristica, del prendersi cura del prossimo, mi ha fatto crescere ed incontrare tante persone stupende.

I grazie che devo dire sono tantissimi.

Grazie alla mia relatrice Stefania Pace e alla correlatrice Antonella Massari, per i preziosi consigli, per avermi fornito tutti gli strumenti di cui avevo bisogno e per avermi sostenuta nei momenti di stallo durante la stesura della tesi.

Un grazie va ai miei tutor dei tirocini che con la loro pazienza, passione e preparazione sono riusciti a farmi crescere sia professionalmente che come persona.

Un grazie va a Laura, Chiara e Claudia che sono state fin da subito delle ottime compagne d'università e con il tempo sono diventate anche delle fantastiche amiche con cui condividere risate, pianti, sedute intensive di studio e soprattutto le mie ansie!

Voglio ringraziare una persona speciale, Michael, il mio ragazzo che fin dal primo momento, con la sua pazienza mi ha supportato e sopportato senza mai dubitare di me. Grazie per essere stato sempre al mio fianco donandomi il tuo affetto in ogni circostanza.

Grazie agli amici di sempre e a quelli entrati nella mia vita più recentemente.

Ed infine vorrei ringraziare tutta la mia famiglia perché è stata in grado di sostenermi nella mia scelta e durante tutto il mio percorso, per esserci sempre in ogni circostanza, per avermi insegnato che le cose che desideriamo non sono sempre facili da raggiungere ma non per questo bisogna mollare! Certamente senza di voi non sarei la persona che sono. GRAZIE

Un GRAZIE va alla mia super nonna Maria che con la sua premura e il suo affetto che non mi ha mai fatto mancare, mi è stata accanto ogni giorno, regalandomi consigli, affetto, pranzi e cene sempre pronte e tanta energia.

INDICE

<u>CAPITOLO I.....</u>	<u>1</u>
<u>QUADRO TEORICO.....</u>	<u>1</u>
1.1 ASSISTENZA INFERMIERISTICA	1
1.2 UMANIZZAZIONE DELLE CURE E RELAZIONE D’AIUTO	4
1.3 CONSEGNA AL LETTO DEL PAZIENTE, MODELLO UMANIZZANTE.....	8
<u>CAPITOLO II.....</u>	<u>11</u>
<u>MATERIALI E METODI DELLA RICERCA</u>	<u>11</u>
2.1 Obiettivo della ricerca	11
2.2 Campione preso in considerazione	12
<u>CAPITOLO III.....</u>	<u>17</u>
<u>MODELLO FONDAZIONE POLIAMBULANZA CLP</u>	<u>17</u>
3.1 PRESENTAZIONE UO CHIRURGIA 2 E DEL CONTESTO	17
3.2 CONSEGNA AL LETTO DEL PAZIENTE IN CHIRURGIA: RISULTATI DI UNO STUDIO OSSERVAZIONALE.	21
3.3 RACCOMANDAZIONI PER LA CONSEGNA AL LETTO DEL PAZIENTE	26
<u>CAPITOLO IV.....</u>	<u>27</u>
<u>RISULTATI</u>	<u>27</u>
4.1 DISCUSSIONE	27
<u>DISCUSSIONE.....</u>	<u>40</u>

CONCLUSIONI..... 44

BIBLIOGRAFIA 45

ALLEGATO 1 1

CAPITOLO I

QUADRO TEORICO

1.1 Assistenza infermieristica

Assistenza infermieristica, **nursing**, cura, prendersi cura, **caring**, **care**, sono le parole più frequentemente utilizzate e spesso in modo interscambiabile per descrivere i comportamenti di aiuto nella nostra società. Alcuni di questi definiscono forme di aiuto professionali altri sono utilizzati anche per descrivere comportamenti di solidarietà sociale.

“L’essenza della cura è nell’essere una pratica relazionale che impegna chi ha cura nel fornire energie e tempo per soddisfare i bisogni dell’altro, bisogni materiali e immateriali, in modo da creare le condizioni che consentono all’altro di divenire il suo proprio poter essere sviluppando la capacità di aver cura di sé. C’è dunque una cura che preserva la vita da quanto la minaccia, quella che ripara quando si creano fessure di sofferenza e quella che la fa fiorire offrendo all’altro esperienze in cui poter vivere una pluralità di differenti modi del divenire il proprio poter essere.” (Mortari, 2006)

L’obiettivo del nursing non è tanto la malattia quanto le sue conseguenze di tipo fisiologico, psicologico e sociale sul vivere quotidiano e sull’autonomia della persona malata, considerata secondo una prospettiva olistica. L’attività di assistenza esiste quindi in varie forme socialmente normate e riconosciute all’interno della società che possono essere ricondotte a tre categorie: naturale, sociale e professionale.

“Il prendersi cura infermieristico è una pratica che si realizza attraverso azioni competenti e disponibilità a occuparsi intenzionalmente della persona assistita. L’infermiere capace di prendersi cura del paziente risponde di conoscenze, competenze cliniche esperte, capacità di **problem solving** e di **decision making**, competenze tecniche abilità relazionali ed emotive specifiche.” (Corbin, 2008)

L’imperativo è che l’agire infermieristico sia competente: azioni pratiche intelligenti, aggiornate e basate sull’evidenze scientifiche.

La professione infermieristica è una professione pratica che fornisce attività di assistenza, di supporto; gli infermieri svolgono diverse attività di cura e assistenza di tipo preventivo, curativo e riabilitativo. Gli interventi possono essere di natura tecnica e in risposta a specifici bisogni del paziente, di natura educativa che mirano a sviluppare nel paziente stili di vita sani e competenze di auto cura e di natura relazionale che mirano a dare sostegno.

Un punto fondamentale dell’assistenza infermieristica è la centralità del paziente. Un approccio assistenziale nel quale l’infermiere considera il paziente una persona unica nella sua globalità e non un problema, una diagnosi o un’etichetta, stimola l’autodeterminazione e la sua partecipazione ai processi decisionali; considera i valori i desideri, le preferenze, le resistenze, le preoccupazioni del paziente nella pianificazione e attuazione dell’assistenza.

Le condizioni necessarie a realizzare un approccio assistenziale centrato sulla persona sono:

- qualità dell’infermare: possedere una professionalità competente, abilità interpersonali e un continuo desiderio di formazione.
- ambiente di cura: il contesto nel quale è erogata l’assistenza influenza notevolmente la possibilità di prendersi cura, in particolare le scelte organizzative quali: le priorità, i tempi, le responsabilità diffuse o accentrate, le opportunità offerte per lo sviluppo di competenze elevate, il sistema di presa di decisioni condivisa ed efficaci relazioni dello staff curante;

- processi centrati sulla persona: è solo a partire dalla comprensione dell'esperienza vissuta del paziente e della sua famiglia che l'infermiere può aiutarlo a non soccombere al senso di dipendenza e vulnerabilità e a recuperare il senso della propria integrità.

1.2 Umanizzazione delle cure e relazione d'aiuto

Con il termine umanizzazione delle cure si intende un processo assistenziale che tiene conto della persona nella sua totalità, fatta di bisogni organici, psicologici, relazionali, spirituali.

La tutela della salute, come valore costituzionalmente garantito, pone di assoluto rilievo per il sistema sanitario il principio cardine della 'centralità' della persona, prima di tutto e al di sopra di ogni logica economica. (Morsello, Cilona, & Misale, 2017).

Le cure centrate sul paziente prevedono un'assistenza compassionevole ed empatica, il coordinamento delle strutture e del personale sanitario, un'adeguata informazione, una comunicazione ed una educazione terapeutica e il confort ambientale che da forma ad un ambiente a misura d'uomo.

Il concetto di umanizzazione delle cure è sempre più presente in ambito sanitario a causa dei limiti economici e della carenza di risorse. Per questo motivo si rischia di prendere le distanze dalle esigenze di cura alle quali non si riesce a dare soddisfazione sforzandosi di dimenticare che dietro un paziente c'è una persona.

In ospedale si rischia di cadere nella disumanizzazione delle cure a causa della separazione brutale dall'ambiente familiare, delle cattive condizioni di accoglienza, delle cattive condizioni di alloggio, confort, e soprattutto a causa dell'isolamento e la separazione dai rapporti umani.

Per questo si parla di umanizzazione. Perché cresce la consapevolezza che c'è molto da migliorare nel mondo sanitario e che c'è molto da migliorare dentro di noi, per essere in grado di offrire un servizio che rispetti la dignità delle persone malate.

L'Umanizzazione, a qualunque campo la si applichi, implica un'idea dell'umano, che può essere definito in termini oggettivi, soggettivi ed intersoggettivi.

- In termini oggettivi l'umano può essere definito come un essere biologico.
- In termini soggettivi l'umano può essere definito come un essere personale.

- In termini intersoggettivi l'umano può essere definito come un essere umano. La persona va intesa come essere in quanto tale, individuo unico ed insostituibile, simile ed al tempo stesso diverso da qualsiasi altra persona che sia mai vissuta e che mai vivrà. (R.M. Melotti, A. Bergonzi, A. Benedetti, et al.)

Umanizzazione dei servizi significa prevedere un sistema sanitario e un insieme di linee di **governance** che riflettono una serie di diritti del paziente riguardanti almeno quattro aree: l'accoglienza, l'orientamento, la trasparenza, la comunicazione.

Prendersi cura del paziente si traduce in un continuo processo di ascolto delle esigenze e delle preoccupazioni, che maturi in comprensione e dialogo. L'umanizzazione delle cure si nutre e vive di parola, di narrazione, di racconto che il paziente fa di sé e del proprio stato di salute.

In questa prospettiva l'umanizzazione riguarda i differenti aspetti e tutte le fasi della cura e della promozione della salute: dai servizi di accoglienza a quelli di informazione, dalla diagnosi alla fruibilità della documentazione sanitaria, dal comfort ospedaliero agli spazi di cura, dalla relazione con gli operatori alla qualità complessiva della prestazione.

È una sfida complessa e rivoluzionaria che richiede misure specifiche per sviluppare un modello di salute incentrato sulla persona. (F. Vaia, Dal 'curare' al 'prendersi cura', 2017).

L'Institute of Medicine stabilisce alcune dimensioni fondamentali per la costruzione di sistemi sanitari centrati sul paziente:

1. un'assistenza compassionevole ed empatica, che sia capace di rispondere ai bisogni del paziente nel rispetto dei suoi valori e delle sue preferenze;
2. il coordinamento e l'integrazione delle strutture e del personale tutto, affinché gli eventi legati alla salute siano percepiti come coerenti ed integrati tra loro, ed allontanino dal paziente e dalla famiglia quel senso di

abbandono che spesso sperimentano di fronte allo scollamento dei servizi e delle risposte di cura;

3. l'informazione, la comunicazione e l'educazione: dimensioni che si fondano su una visione della persona come unica responsabile della propria esistenza e della sua continua evoluzione, nonché unica in grado di attribuirle significato. In particolare, all'educazione terapeutica viene riconosciuto un ruolo fondamentale nel permettere ad ogni paziente di assumere, con serenità ed efficacia, il controllo sui comportamenti che influiscono sulla salute e di collaborare responsabilmente con le cure mediche;
4. il comfort attribuisce alle relazioni, al tempo e agli spazi un rilievo essenziale per la qualità dell'assistenza. I colori, gli arredi, i luoghi, i ritmi a dimensione di uomo sono espressioni di un ospedale centrato sulla persona, che si esprime anche attraverso l'armonia dell'ambiente intenzionalmente pensato per l'uomo, dove anche la famiglia può essere supportata da adeguate iniziative di sostegno e di cura e consapevolmente coinvolta nell'assistenza al paziente.

In particolare, per gli infermieri, parlare di umanizzazione dell'assistenza significa riflettere sui valori che le teorie e i modelli del **Nursing** attribuiscono alla persona e ai concetti da essa derivati quali quelli di salute, malattia e ambiente. Nonostante le evidenti contraddizioni tra impostazioni teoriche e applicazioni pratiche, l'assistenza infermieristica può oggi offrire un'enorme ricchezza interpretativa a quei modelli di cura che per lungo tempo hanno sottovalutato il valore esperienziale della malattia ed hanno ora bisogno di recuperare la dimensione umana dell'approccio con il paziente. (De Marinis, Piredda: Umanizzazione dell'Assistenza N.5/2010- Io infermiere)

I modelli e le teorie infermieristiche hanno recuperato l'unicità del concetto di persona.

Intorno alla cura del corpo, si costruisce una relazione interpersonale che è uno strumento terapeutico proprio nel reciproco “riconoscimento” di “persona” tra infermiere e paziente.

L'utilizzo di diversi modelli come il “**patient-centred**”, “**case manager**”, “**primary nursing**”, la “consegna la letto del paziente “, il “**follow up** infermieristico post dimissione” aiuta a dare al paziente la sensazione di essere conosciuto personalmente e assistito in modo integrato e coordinato.

1.3 Consegna al letto del paziente, modello umanizzante

La consegna infermieristica ha come funzione principale il passaggio di informazioni aggiornate fra gli operatori sulle condizioni del paziente per garantire la continuità assistenziale. La consegna è “il trasferimento della responsabilità e di tutto ciò che riguarda la cura del paziente da un operatore o da un team ad un altro operatore e ad un altro team”. In ambito sanitario è un metodo di passaggio di informazioni aggiornate sul paziente ad ogni cambio turno, per comunicarsi i dati per pianificare l'assistenza. Per la sicurezza del paziente è fondamentale adottare un metodo strutturato di passaggio delle informazioni cliniche tra operatori, turni e reparti. (F. Bertoldi, A. Celi 2017)

In letteratura sono descritte tre modalità per dare le consegne:

Le consegne scritte: gli infermieri iniziano il turno di lavoro leggendo i documenti che contengono le informazioni sui pazienti. Questo riduce i tempi di consegna: la documentazione scritta può essere riletta durante il turno, ma questo riduce gli scambi di informazioni tra gli operatori con il rischio di perdita della funzione di **debriefing** e l'esigenza di organizzare altre riunioni;

Le consegne tradizionali o verbali: si svolgono solitamente nella guardiola infermieristica e sono messe in discussione sia per la qualità delle informazioni trasmesse che per il tempo sottratto all'assistenza diretta;

Le consegne al letto del paziente: gli infermieri ricevono le consegne al letto dei pazienti, dai colleghi che stanno concludendo il turno. Vengono escluse le informazioni che non possono essere discusse apertamente, per rispettare la **privacy**. Questa modalità di consegna coinvolge i pazienti nella pianificazione e facilita il contatto con il personale infermieristico. Gli infermieri possono completare le informazioni scritte e verbali con l'osservazione diretta, ma anche familiarizzando con i pazienti e parenti, su problemi e decisioni da assumere. (C. Benaglio, L. Piffer, S. Sperotto, M. Vezzoli, S. Albanese, E. Piva: Modelli innovativi della continuità dell'assistenza)

La consegna infermieristica al letto del paziente consiste in una visita giornaliera dell'infermiere che conclude il turno con l'infermiere e l'operatore socio-sanitario che subentrano e che ha luogo nella camera del paziente. Con la partecipazione attiva del paziente ed eventualmente anche del **caregiver** presente, viene svolto un

aggiornamento reciproco sulle condizioni fisiche e psichiche del paziente e sul programma assistenziale. Uno scambio costruttivo fra operatore e paziente presuppone un atteggiamento di stima, autenticità, sincerità e empatia nei confronti di quest'ultimo. La consegna al letto è un provvedimento per promuovere la qualità assistenziale; migliora il livello di cultura, partecipazione ed **empowerment** del paziente e della continuità assistenziale.

La consegna al letto del paziente permette di dare e ricevere dati più precisi, tempestivi e di comprendere meglio la situazione, gli infermieri possono osservare i pazienti, controllare le linee venose, le terapie in corso, confrontarsi sia con i colleghi che con i pazienti; permette di definire le priorità assistenziali e di stabilire il grado di criticità dei pazienti.

Inoltre il paziente comprende meglio cosa fare e questo migliora la consapevolezza e l'aderenza al suo piano assistenziale.

Per strutturare la consegna al letto del paziente si può dividere in cinque fasi: preparazione, introduzione del team entrante, passaggio e scambio delle informazioni, coinvolgimento del paziente, controllo continuo della sicurezza.

1. Preparazione: L'infermiere prepara la consegna con le informazioni di tutti i pazienti del reparto: ogni paziente viene identificato per anagrafica e collocazione spaziale. È utile che il documento contenga dati su: piano di cura dall'accesso alla dimissione, ferita chirurgica e medicazione, bilancio idrico, terapie in atto e dati di rischio clinico (caduta, ulcere da pressione, allergie etc.). I pazienti vengono informati che la consegna inizierà a breve (e quindi che il personale sta per cambiare) per pensare come contribuire. Possono rimanere nella stanza le persone autorizzate dal paziente.

2. Introduzione: Il **team leader** del **team** uscente dovrebbe condurre la consegna (e garantire con gli altri infermieri la risposta ai campanelli e le cure necessarie). Il personale che sta smontando dovrebbe presentare a paziente e familiari i colleghi che entrano in turno.

3. Passaggio scambio delle informazioni: Vanno condivise tutte le informazioni necessarie, evitando di usare il gergo medico. Poter vedere il paziente può aiutare a ricordare importanti informazioni e stimolare il team entrante a porre domande. Le informazioni devono essere accurate, sintetiche e professionali.

4. Coinvolgimento del paziente: I pazienti vanno invitati a porre domande o richiedere chiarimenti. Informazioni sensibili quali: test diagnostici sul sangue (ad esempio positività ad HIV): comunicazione di malattie trasmissibili; problemi psichiatrici (suicidio, abuso alcolico); disposizioni di fine vita come la non rianimazione; problemi familiari come conflitti, violenza domestica; e qualunque altra informazione che i pazienti vogliono mantenere confidenziali vanno scambiate fuori dalla stanza, a bassa voce e non vanno scritte.

Controllo continuo della sicurezza: Durante la consegna si deve valutare:
il paziente: comfort, catetere, drenaggi e medicazioni, terapie in corso;
l'ambiente: presenza di campanello, aspirazione e ossigeno pronti all'uso e accessibili, pompe di infusione endovenose impostate correttamente, area attorno al paziente in ordine e sicura;

la documentazione: il piano di cura, la termografica con i segni vitali, il foglio di medicazione, il bilancio idrico e l'**assessment** del rischio clinico. Verificare eventuali informazioni non registrate. Le informazioni di ordine organizzativo come trasferimenti, assenze del personale per malattie improvvise ecc., vanno trasmesse fuori dalla stanza prima dell'inizio delle consegne.

CAPITOLO II

MATERIALI E METODI DELLA RICERCA

2.1 Obiettivo della ricerca

Lo scopo di questo studio osservazionale, effettuato nell'unità operativa di chirurgia 2 di Fondazione Poliambulanza, è quello di indagare, tramite l'utilizzo di alcuni indicatori selezionati, se il modello infermieristico della "consegna al letto" sia effettivamente umanizzante.

Gli indicatori presi in considerazione sono stati scelti tra quelli documentati in uno studio effettuato nei reparti di Cardiochirurgia e Chirurgia Vascolare di Trento. In questa pubblicazione, "la consegna" è stata inizialmente proposta e introdotta tra il turno del mattino e quello del pomeriggio, quindi, con gradualità, a tutti i turni. È stata valutata la soddisfazione dei pazienti tramite interviste a 1 e 6 mesi; quella degli infermieri tramite **focus group**. Le consegne sono state monitorate dalla "caporeparto" e in un campione di consegne sono stati valutati i contenuti trasmessi ed i comportamenti degli infermieri. (Da: "La consegna al letto del paziente: l'esperienza dei reparti di Cardiochirurgia e Chirurgia Vascolare di Trento" di Francesca Bertoldi, Antonella Celi)

L'obiettivo è quindi quello di valutare l'appropriatezza del modello e il suo grado di umanizzazione delle cure.

2.2 Campione preso in considerazione

Lo studio effettuato è di tipo osservazionale ed ha avuto luogo in Fondazione Poliambulanza, nell'unità operativa di Chirurgia 2 (Torre) nei mesi di Marzo ed Aprile 2019. Il reparto è caratterizzato da quaranta posti letto, in cui vengono principalmente trattate patologie tumorali del tratto uro-ginecologico, gastrointestinale e bilio-pancreatico. La degenza media si attesta tra i sette e i dieci giorni; questo è un dato che depone a favore di una relazione di cura operatore sanitario-paziente più appropriata rispetto ad un contesto a più elevato turnover.

La popolazione osservata, quindi, è rappresentata da tutti gli infermieri dell'U.O. e da tutti i pazienti ricoverati e relativi familiari presenti nel periodo, in base alla loro possibilità di parteciparvi.

Sono stati raccolti 153 questionari che hanno preso in considerazione i 52 infermieri dell'unità operativa di Chirurgia mentre davano consegna

I soggetti presi in analisi sono stati i 52 infermieri del reparto di chirurgia 2 mentre davano consegna. I questionari raccolti e presi in considerazione sono 153.

Gli **Items** presi in considerazione per questo studio osservazionale sono stati divisi in aree di interesse:

- problemi del paziente;
- coinvolgimento del paziente;
- chiarezza nei confronti del paziente;
- qualità dell'ambiente di consegna.

I quesiti di indagine sono stati complessivamente dodici, tutti a risposta multipla con quattro opzioni ciascuno: "molto", "abbastanza", "poco", "per niente".

La prima area ha indagato l'appropriatezza dei dati trasmessi riguardo ai problemi del paziente. Si è, quindi, cercato di verificare se il passaggio delle informazioni fosse inerente e attinente alle problematiche reali dello stesso. È stata attribuita una valutazione di "molto" o "abbastanza" ogni volta che l'infermiere abbia presentato il paziente con la diagnosi di ingresso, operazione

programmata o già effettuata, se ci fossero state complicanze durante l'operazione, se fossero presenti drenaggi e di che tipo, e se il paziente presentasse patologie correlate. Veniva invece attribuita una valutazione di "poco" o "per niente" se le informazioni sopracitate erano omesse.

Il secondo quesito di indagine ha osservato se i dati trasmessi fossero aggregati per problema, avvalorando i problemi reali e potenziali e consentendo una visione prospettica del paziente. Tra le scelte multiple veniva attribuita una valutazione di "molto" o "abbastanza" ogni qualvolta i problemi del paziente fossero presentati al team entrante, seguendo un ordine di importanza, quindi presentando i problemi reali riscontrati durante i turni precedenti, i problemi potenziali o correlati alle patologie. Era assegnato un punteggio di "poco" o "per niente", quando non veniva seguito un ordine di importanza nella presentazione dei problemi o nel caso in cui ne fossero dimenticati alcuni, potenziali del paziente.

Inoltre è stato indagato l'utilizzo dei supporti informatici per accedere alle informazioni del paziente. Si è ritenuto di assegnare un valore di "molto" quando l'infermiere utilizzava l'**Ipad** in dotazione, per eseguire l'identificazione attiva del paziente, per riferire i risultati degli esami eseguiti in giornata, per controllare l'esecuzione della terapia e infine per aver aggiornato la consegna infermieristica e controllato la presenza di nuove indicazioni mediche. È stata assegnata una valutazione di "abbastanza" nel caso in cui l'infermiere avesse verificato solo la stesura della propria consegna. La scelta della risposta "poco" si è avuta, invece, nel momento in cui fosse stato utilizzato solo per l'identificazione attiva del paziente, mentre si sceglieva un valore di "per niente" quando il supporto informatico non era stato utilizzato.

La seconda area ha verificato il coinvolgimento del paziente, laddove si osservava se lo stesso fosse stato coinvolto durante la consegna, se avesse avuto modo di aggiungere e di integrare i dati e conseguentemente se il paziente fosse stato scoperto e osservato in toto durante la consegna. La scelta è caduta sul valore di "molto", quando il paziente è stato partecipe in modo attivo, chiedendo aggiornamenti, integrando le informazioni passate in consegna con dati rilevanti e

nel momento in cui veniva scoperto dal personale per controllare la ferita, i drenaggi e altri **devices**. “Abbastanza”, invece, è stata l’opzione scelta se il paziente si limitava ad ascoltare la consegna in modo interessato, se aggiungeva alcune informazioni abbastanza rilevanti e contemporaneamente l’infermiere avesse osservato solo l’aspetto del paziente, i drenaggi in vista (cateteri o drenaggi a caduta) senza scoprirlo in toto. Il valore di “poco” e “per niente” erano preferiti quando il paziente non era partecipe alla consegna, dormiva o non era fisicamente in stanza (uscito con i parenti, a fare una visita ...), non integrava i dati e non era scoperto o non venivano controllati i drenaggi o altri **devices** dal personale infermieristico.

La terza area ha indagato la chiarezza nei confronti del paziente. Fondamentale infatti in un modello di cura umanizzante, è la comprensione da parte del paziente del linguaggio utilizzato dagli operatori, talvolta molto tecnico, e difficilmente assimilabile per chi non è competente. Altrettanto importante è l’aspetto fiduciario che, se presente, può portare benefici nella relazione infermiere paziente. L’infermiere, entrando in stanza, si presenta al paziente come suo referente delle cure assistenziali, esplicitando il proprio nome. In questo quesito d’indagine, l’assegnazione di un valore pari a “molto” è stato dato ogni volta che l’infermiere del team uscente presentava per nome l’infermiere del turno successivo ai pazienti, spiegando loro che, se nel proseguo avessero avuto bisogno, da quel momento la figura di riferimento sarebbe stata il collega. Un valore di “abbastanza” era assegnato ogni volta che le persone dello staff entrante erano sì presentate come i nuovi responsabili delle cure per il turno successivo, senza però pronunciare i loro nomi. Invece si è dato un valore di “poco”, quando il paziente poteva dedurre quali fossero gli infermieri del nuovo turno, vedendoli fare domande su di loro e osservando che un nuovo infermiere li prendeva in carico. Per ultimo, era selezionato un valore di “per niente” ogni qualvolta che la consegna si passava al team entrante, senza tuttavia presentarlo al paziente, precludendogli il modo di comprendere chiaramente chi fossero i nuovi responsabili delle sue cure.

Sono state anche valutate le differenti strategie di comunicazione, cioè se fossero completate le informazioni attraverso l'osservazione e il tocco, se si fosse fatta chiarezza con un linguaggio comprensibile e calibrato funzionale alla comprensione per ogni paziente. Si attribuiva un valore di "molto" quando l'infermiere era in grado di approcciarsi al paziente in base alla sua padronanza linguistica e competenza cognitiva, cioè alla struttura culturale e umana che gli erano proprie, se utilizzava il tocco piuttosto che altre strategie per entrare in contatto con lui, se "calibrava" il linguaggio infermieristico, senza snaturarne la scientificità, pur essendo consapevole che, sia il collega sia il paziente, dovessero comprendere bene il messaggio trasmesso. Veniva assegnato un valore di "abbastanza", quando il paziente da un lato era osservato e coinvolto nella consegna, ma dall'altra la strategia di comunicazione utilizzata risultava parzialmente funzionale a trasmettere correttamente le informazioni in modo completamente comprensibile. Un valore di "poco" era espresso dal momento in cui le strategie di comunicazione e il linguaggio utilizzato erano poco coinvolgenti e scarsamente comprensibili per il paziente. Un valore di "per niente" si rendeva necessario quando la consegna era eseguita con gli infermieri lontani dal paziente, che parlavano tra di loro con un linguaggio professionale senza attuare in tal modo né grandi né basiche strategie comunicative, veicolandole peraltro con un linguaggio scarsamente fruibile dalla media dei pazienti.

Un altro quesito d'indagine era teso a certificare se il tono di voce durante la consegna era selezionato, soppesato e pensato in funzione del paziente. Dopodiché si sceglieva un valore di "molto" ogni volta che si osservavano i bisogni del paziente e quindi si calibrava la voce in modo tale che questi potesse ascoltare la consegna o fosse lasciato rispettosamente riposare in caso stesse dormendo. (Es.: pz appena risalito dal BO si parlava piano, il contrario per un paziente ipoacusico ...). Meritava un valore di "abbastanza" se l'infermiere parlava con un tono di voce chiaro e comprensibile, senza però adeguarsi in modo particolare ai bisogni del paziente. Un valore di "poco" si esplicitava se l'infermiere si preoccupava più di passare la consegna al collega, che di coinvolgere il paziente e

quindi il tono di voce era poco calibrato alle varie situazioni. Invece veniva assegnato un valore di “per niente” nelle situazioni in cui il tono di voce influenzava la partecipazione del paziente durante la consegna ed esso non veniva modificato in modo tale che il paziente sentisse o potesse essere pienamente coinvolto.

La quarta area ha verificato la qualità dell’ambiente in cui è stata eseguita la consegna. Si è osservato in particolar modo se fosse garantita e rispettata la **privacy** del paziente e se fossero limitati anche i fattori disturbanti. Veniva assegnato un valore di “molto” quando, entrando in stanza, veniva tirata la tenda divisoria, se le informazioni di dati sensibili fossero riferiti al personale del turno successivo in modo che il paziente del letto vicino non li potesse sentire. Per quanto riguarda i fattori disturbanti si valutava che il personale non andasse a rispondere alla chiamata di altri pazienti in modo da evitare interruzioni e infine che non ci fossero chiacchiere inappropriate fra il personale. “Abbastanza”, veniva selezionato, quando la tenda divisoria non veniva tirata completamente, se non erano riferite informazioni sensibili nella stanza e inoltre quando i fattori disturbanti erano rimossi in tempi poco rapidi. Si dava un valore di “poco” e “per niente” nel caso in cui non venisse tirata la tenda divisoria e i fattori disturbanti (es.: suono dei campanelli, vocii nei corridoi, telefoni che squillano...) fossero inadeguatamente controllati.

I quesisti di indagine sono stati compilati durante il momento della consegna, sia che l’osservatore facesse parte del turno entrante in servizio sia che facesse parte di quello uscente. I pazienti non erano a conoscenza dell’indagine in corso mentre gli infermieri erano a conoscenza solo degli **items** presi in considerazione nell’indagine.

CAPITOLO III

MODELLO FONDAZIONE POLIAMBULANZA CLP

3.1 Presentazione UO chirurgia 2 e del contesto

L'istituto ospedaliero Fondazione poliambulanza dispone di un dipartimento chirurgico che nel 2012 è stato suddiviso in tre unità operative (U.O.):

All'interno del dipartimento chirurgico i pazienti vengono suddivisi per aree funzionali e in base a criteri relativi "all'intensità di cura". Alla base di questa suddivisione c'è l'esigenza di mettere al centro il paziente collocandolo nel settore più appropriato rispetto ai suoi bisogni assistenziali, non solo legati alla patologia chirurgica, ma anche alle condizioni cliniche, all'età e alla comorbidità. Ad esempio, un paziente che deve subire un intervento di colecistectomia ed è considerato a rischio per le patologie associate che presenta, viene ricoverato in chirurgia 2.

Chirurgia 1: comprende la bassa complessità della Chirurgia Generale. Per bassa intensità si intendono tutti quegli interventi che richiedono pochi giorni di ospedalizzazione (1-4 giorni) e un livello assistenziale basso, vengono trattate patologie infiammatorie o disfunzionali di organi o distretti corporei. Questa attività copre aree di interesse come la patologia erniaria, la patologia infiammatoria (colecisti, appendice) e tutta la patologia proctologica. I trattamenti di maggiore rilevanza sono gli interventi riguardanti la parete addominale, dove vengono infatti affrontate tutte le patologie legate a difetti della parete addominale, sia primari (ernie inguinali, femorali, ombelicali, ecc) sia secondari a

pregressi interventi chirurgici (laparoceli ovvero ernie post-chirurgiche). Gli interventi vengono eseguiti sia con approccio laparotomico sia con il più moderno approccio mini-invasivo e ciò influisce sull'assistenza infermieristica nel post operatorio. Annualmente vengono eseguiti circa 1000 interventi legati a patologia della parete addominale presso la UO di Chirurgia Generale.

Nella UO di Chirurgia Generale inoltre vengono trattati i casi di pazienti che giungono in pronto soccorso con patologie chirurgiche da trattare in urgenza. In questa categoria di pazienti si trovano diversi quadri clinici di patologie infiammatorie, neoplastiche e ovviamente traumatiche.

La presenza di una guardia attiva chirurgica in qualsiasi momento della giornata permette di organizzare velocemente e tempestivamente la sala operatoria per il trattamento di queste situazioni cliniche.

Chirurgia 2: comprende la media e l'alta complessità della chirurgia generale. Ovvero tutti gli interventi che richiedono più giorni di ospedalizzazione e un carico assistenziale elevato, ad esempio tutti gli interventi sul colon, stomaco, pancreas, fegato, le ricanalizzazioni, pazienti politraumatizzati. Il reparto è suddiviso in tre settori denominati: sud, est e nord. Nelle stanze del settore est vengono collocati i pazienti più complessi in quanto tali stanze sono più vicine ai locali dove prevalentemente sostano gli operatori incaricati dell'assistenza. Questa strategia mira a garantire la sicurezza dei pazienti. Nel settore nord vengono collocati i pazienti meno complessi mentre nel settore sud vengono collocate tutte le pazienti che subiscono interventi ginecologici.

Al suo interno l'unità operativa della chirurgia 2 comprende altre due unità operative la Ginecologia e la **week surgery** 2. Nell'unità della **week surgery** 2, solitamente aperto dal lunedì al venerdì, sono presenti pazienti che necessitano di un'ospedalizzazione che ha una durata di circa 24 ore. In base a questa parliamo di ricovero:

- ambulatoriale: con permanenza in reparto per la durata della prestazione chirurgica;
- bassa complessità: permanenza di qualche ora;

- **day-hospital**: intera giornata;
- **one-day** dimissione prevista il giorno successivo dell'intervento.

Le caratteristiche principali della “**week2**” sono la varietà e numerosità degli interventi chirurgici che vengono effettuati e l'elevato numero di ingressi giornalieri e di dimissioni. I pazienti sono sottoposti a interventi di differenti specialità come Oculistica, Otorino, Ginecologia, Chirurgia e Neurochirurgia.

E' stato creato inoltre l'ambulatorio coloproctologico in cui vengono seguiti, durante il ricovero e dopo la dimissione, tutti i pazienti a cui viene confezionata una stomia (urinaria o intestinale)

Urologia: comprende tutti gli interventi che riguardano l'apparato urinario di bassa, media alta complessità.

I turni previsti nell' UO di chirurgia generale sono:

Mattina 06:00 – 14:15 (inizio consegna tra le 05:45 e le 05:50)

Fuori turno 06:30 – 14:00

Pomeriggio 14:00 – 22:15 (inizio consegna tra le 13:45 e le 13:50)

Notte 22:00 – 06:15 (inizio consegna tra le 21:45 e le 21:50)

In genere il turno del mattino viene coperto da 3 infermieri, uno per settore con orario di 8 ore più un tempo di 15 minuti dedicato alla consegna e precisamente dalle 6:00 alle 14:15; oltre a questi tre infermieri il mattino si aggiunge anche la figura della “Fuori Turno”, con orario dalle 6:30 alle 14:00, che svolge attività trasversali su tutto il reparto a seconda delle necessità. Il turno prevede la presenza di due operatori socio sanitari, uno con orario dalle 6:00 alle 14:15 e l'altro dalle 6:30 alle 12:30.

Nel turno del pomeriggio sono presenti i tre infermieri di settore più un infermiere trasversale su tutti e tre i settori con orario dalle 14:00 alle 22:15. E' inoltre presente un operatore socio sanitario che segue l'orario dell'infermiere.

Da ultimo, il turno di veglia è gestito da tre operatori con orario dalle 22:00 alle 6:15, di solito (preferibilmente) tre infermieri o, a volte, due infermieri e un operatore socio sanitario.

Il reparto si basa sul modello organizzativo del “team nursing misto”. Ovvero ad ogni infermiere viene assegnato un gruppo di pazienti, appartenenti ad un settore ed egli è responsabile, in modo completo, di tutta l’assistenza richiesta da quei pazienti. Pianifica pertanto le attività sulla base delle priorità clinico-assistenziali, discriminando le proprie da quelle dell’operatore socio sanitario assegnato allo stesso settore. Tuttavia, all’interno dell’equipe di chirurgia 2, c’è anche una suddivisione dei compiti secondo orari stabiliti: il giro letti, la terapia, il giro visita; in queste attività l’infermiere di settore è aiutato in parte, oltre che dall’operatore sociosanitario, dall’infermiere fuori turno.

3.2 Consegna al letto del paziente in chirurgia: risultati di uno studio osservazionale.

In questa unità operativa nel 2014 è stato deciso di fare un passaggio importante ovvero passare alla consegna al letto del paziente.

Prima dell'implementazione della nuova modalità, il passaggio delle informazioni si svolgeva in tre distinti luoghi, situati nel reparto di degenza, dove ciascun infermiere presentava, secondo una modalità verbale, i pazienti del proprio settore al collega che gli subentrava in servizio. Anche gli operatori socio-sanitari partecipavano alla consegna, tranne quelli che smontavano il turno i quali erano impegnati nell'assistenza ai pazienti.

La decisione di implementare la consegna al letto del paziente è nata dall'esigenza di fornire un'assistenza sempre più personalizzata che ponesse al centro del percorso di cura il paziente con i suoi specifici bisogni e con le sue peculiarità.

La consegna a porte chiuse era spesso disturbata da fattori esterni come il suono dei telefoni, operatori che entravano ed uscivano dalla sala infermieri costringendo chi stava dando consegna a fermarsi e di conseguenza faceva perdere la concentrazione a chi stava ascoltando. La consegna spesso si dilungava in discussioni, talvolta inutili e/o ridondanti e in commenti soggettivi e stereotipati che toglievano tempo all'assistenza diretta al paziente. Inoltre, spesso l'infermiere si trovava a passare informazioni riguardo a pazienti che aveva osservato molto tempo prima, ragion per cui le informazioni stesse non erano aggiornate.

Essendo la consegna un momento molto importante per la sicurezza e per la continuità assistenziale dei pazienti si è deciso di implementarla facendola diventare una consegna al letto del paziente.

La fase di implementazione è stata preceduta da una riunione di reparto in cui sono state condivise modalità, criteri e tempi di inizio del progetto.

Sono state definite alcune regole, mentre, su altri aspetti, è stato lasciato all'infermiere l'approfondimento personale e la personalizzazione del modello. A tale proposito, sono stati messi a disposizione del personale articoli scientifici che mostrassero vantaggi e criticità della **bedside handover**.

In sede di riunione, si è affrontato il tema della privacy del paziente ed è stato analizzato il rischio di violazione di tale privacy. Si è deciso pertanto di non comunicare informazioni sensibili verbalmente davanti al paziente, ma di riportarle esclusivamente sulla documentazione clinica o di riferirle in altra sede. Inoltre, si è deciso di implementare la consegna al letto solo nel cambio turno mattino-pomeriggio, escludendo il cambio pomeriggio-notte e notte-mattino, questo per evitare di disturbare i pazienti durante il sonno.

Per indagare, sia a livello di pazienti che di operatori, i vantaggi e gli svantaggi della consegna al letto del paziente durante il periodo dal Gennaio 2015 al Febbraio 2015 sono stati somministrati questionari anonimi sia agli infermieri che ai pazienti.

La somministrazione dei questionari è stata autorizzata dall'Ufficio Infermieristico e Tecnico con l'assenso della Direzione Sanitaria. Dei 120 questionari distribuiti ai pazienti ricoverati nel periodo di studio, ne sono rientrati 115 e di questi, 110 erano completamente compilati. Il questionario rivolto ai pazienti era costituito da 11 domande a scelta multipla e da una sola domanda aperta finale.

Sono stati distribuiti 33 questionari agli infermieri del reparto, 32 sono stati restituiti completi. Il loro questionario era diviso in quattro sezioni: domande inerenti agli eventuali vantaggi; domande inerenti ai bisogni ed agli **"alert"** intercettati dagli operatori durante la consegna al letto; domande inerenti alle eventuali criticità insorte; domande inerenti alla percezione del tempo. I risultati riportati da questionario dei pazienti dimostrano da parte loro un atteggiamento positivo ed un certo grado di soddisfazione. Il 97.27% dei pazienti si sentono

meglio informati sul loro percorso di cura, i pazienti meglio informati sono meno ansiosi e più soddisfatti Anderson & Mangino (2006).

Molti pazienti (97.27%) ritengono questa modalità di consegna utile a conoscere meglio l'infermiere e quindi ad aumentare la fiducia nei suoi confronti.

È fondamentale che l'operatore si presenti con il proprio nome al paziente e specifichi che si prenderà cura di lui nelle ore successive. Questo contribuisce a creare maggiore confidenzialità. Il paziente sa a chi deve rivolgersi quando ha bisogno di porre domande sul suo iter diagnostico e terapeutico. Quanto emerso lo si trova anche chiaramente descritto nello studio di Sand Jecklin & Sherman (2014) i quali sostengono che i pazienti hanno l'opportunità di conoscere l'infermiere e di creare un legame con lui acquisendo la confidenzialità per porre domande sul proprio piano di cura.

Il 92.73% dei pazienti riferisce di sentirsi più partecipi alla consegna, integrano loro stessi i dati riferiti dall'infermiere, in questo modo la consegna non è più un resoconto tra operatori. Uno scambio costruttivo presuppone un atteggiamento di stima, sincerità ed empatia nei confronti del paziente stesso.

Tutto questo non è sempre fattibile, ci possono essere diverse difficoltà da parte di alcuni pazienti a partecipare, per esempio pazienti che dormono, pazienti con ipoacusia, pazienti confusi e disorientati.

I pazienti che hanno partecipato a questa indagine non hanno riportato grandi problemi per quanto riguarda il rispetto della loro privacy.

Il 90.91% sente rispettata la loro privacy, solo il 9.09% dei pazienti non sente rispettata la loro privacy o comunque poco; essendo le stanze di degenza doppie e pertanto le informazioni relative al paziente vengono ascoltate anche dal vicino di letto.

Sarebbe opportuno, a tal proposito, limitare il numero di operatori che entrano nella stanza per la consegna, tenere un tono di voce basso, mettere un paravento (es. tenda) tra i due pazienti come del resto viene anche suggerito dalla letteratura; in particolare Laws & Amato (2014) sostengono che il problema della

privacy può essere facilmente attenuato modulando il tono di voce ed utilizzando i sistemi di separazione tra un letto e l'altro.

I risultati riportati dai questionari somministrati al personale infermieristico evidenziano un grado inferiore di soddisfazione nonostante ci sia stato una risposta positiva nei confronti della consegna al letto.

Il 78.13% degli infermieri ritiene che con la consegna al letto i pazienti siano più coinvolti, meglio informati e più soddisfatti dell'assistenza che ricevono.

Gli infermieri riferiscono un miglioramento della partnership sanitaria ossia del rapporto con il paziente, questo è fondamentale nell'ottica della personalizzazione dell'assistenza, dove l'infermiere è chiamato a modulare l'intervento assistenziale in funzione della particolare persona umana che ha preso in carico, riconoscendo, nella relazione che pratica, la diversità di cui essa è portatrice.

Il 50% degli infermieri riconosce una maggiore accuratezza nella consegna con un aumento delle informazioni rilevanti per il 46.88% e una riduzione delle informazioni non rilevanti per il 59.38%. Sono dati che dividono a metà gli operatori su questo aspetto fondamentale della **bedside handover**.

Gli infermieri riconoscono anche il vantaggio della consegna al letto del paziente per quanto riguarda la possibilità di ridurre degli incidenti per i pazienti. Inoltre, è anche più facile per gli infermieri intercettare gli **allert** (perdite ematiche dalla ferita chirurgica, dal drenaggio, problemi emodinamici).

Con la consegna al letto del paziente gli infermieri riferiscono anche un senso maggiore di responsabilità verso il paziente.

La maggior parte degli infermieri crede che la nuova modalità di consegna al letto del paziente permette di anticipare i suoi bisogni del paziente (richieste di mobilizzazione, rilevazione del dolore ecc.). Anche se a volte le richieste dei pazienti possono essere considerate "futili" quindi possono allungare i tempi della consegna e distogliere gli operatori dalla discussione.

Più della metà degli operatori ritengono che la consegna al letto possa violare la privacy dei pazienti, alcuni la definiscono stancante e ridondante e pensano che

il linguaggio utilizzato durante il passaggio delle informazioni possa essere non comprensibile.

Alcuni infermieri portano come ulteriore criticità, il fatto che la consegna avvenga durante l'orario di visita dei parenti che vengono fatti uscire dalla stanza.

Da questo studio è emerso che la consegna al letto aumenta la soddisfazione del paziente stesso e della partnership sanitaria. Questo modello permette di muoversi nell'ottica della personalizzazione dell'assistenza e della presa in carico del paziente.

3.3 Raccomandazioni per la consegna al letto del paziente

- 1) Entrare nella stanza di degenza e tirare la tenda paravento tra i due letti;
- 2) Far uscire dalla stanza di degenza i parenti tranne il/i **caregiver/s** secondo volontà del paziente e valutazione dell'infermiere uscente;
- 3) Identificare il paziente con nome cognome e data di nascita e contemporaneo controllo del braccialetto;
- 4) L'infermiere smontante presenta al paziente il personale in arrivo;
- 5) Mantenere il linguaggio ad un livello ragionevole di comprensione per il paziente;
- 6) Trasferire le informazioni e/o i dati sensibili in un luogo a parte, lontano dal paziente o scriverle sulla documentazione;
- 7) Incoraggiare il paziente a partecipare, a chiedere informazioni, a fare osservazioni durante il passaggio di consegna;
- 8) Rivedere i progressi del paziente e discutere il piano assistenziale
- 9) Rispondere ad eventuali domande del paziente;
- 10) Posizionarsi vicino al paziente e, laddove necessario, scoprirlo per controllare ferite, **device** o comunque per meglio valutare la sua situazione clinica.

CAPITOLO IV

RISULTATI

4.1 Discussione

Sono stati raccolti 153 questionari, tra Marzo ed Aprile 2019, sono state osservate 153 consegne al letto del paziente effettuate dal personale infermieristico del reparto di chirurgia 2.

Ogni questionario comprende complessivamente dodici quesiti, a risposta multipla, raggruppati in quattro **items**.

Per analizzare i dati ricavati dai questionari raccolti, si sono raggruppati i risultati per ciascuna domanda.

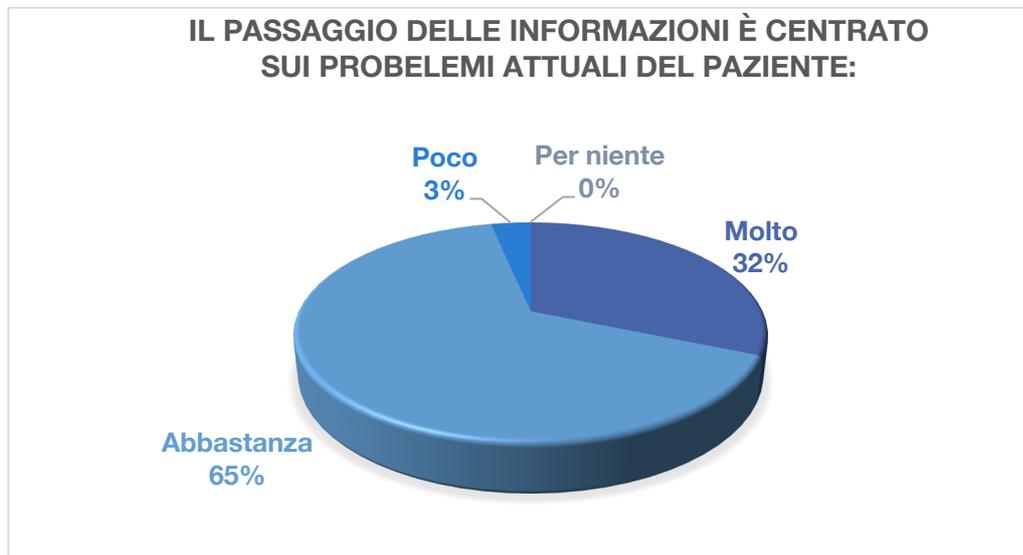


Grafico I: Problemi del paziente

Dall'analisi dei dati raccolti, è emerso che per il 32% delle consegne al letto del paziente il passaggio delle informazioni è pienamente (Molto) centrato sui suoi problemi attuali, il 65% è abbastanza centrato sui problemi attuali ed un solo 3% si concentra poco sui problemi attuali del paziente. Come si evince dal grafico, in nessuna consegna non si parla dei problemi del paziente.

I DATI TRASMESSI SONO AGGREGATI PER PROBLEMA, AVVALORANO I PROBLEMI REALI E POTENZIALI E CONSENTONO UNA VISIONE PROSPETTICA DEL PAZIENTE:

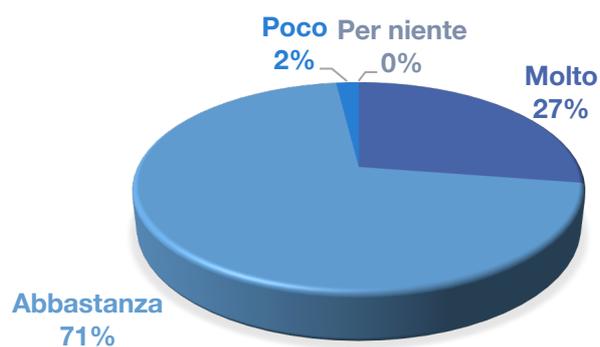


Grafico II: Problemi del paziente

Nel campione oggetto di studio il 27% (Molto) avvalora i problemi reali e potenziali che consentono una visione prospettica del paziente, un 71% li avvalora abbastanza, mentre solo un 2% avvalora poco i suoi problemi reali e potenziali.

**VENGONO UTILIZZATI I SUPPORTI INFORMATICI
PER ACCEDERE ALLE INFORMAZIONI
DEL PAZIENTE:**

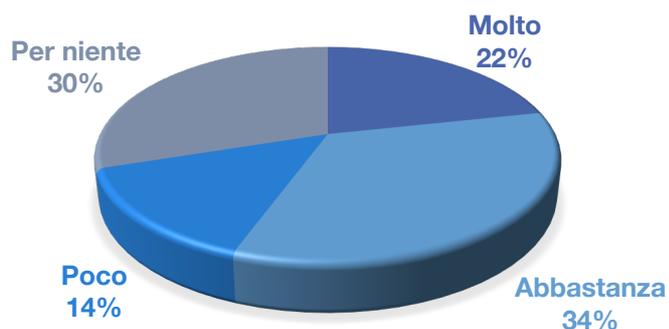


Grafico III: Problemi del paziente

Dai dati raccolti emerge che durante la consegna al letto del paziente il 22% (Molto) degli infermieri utilizza molto i supporti informatici per accedere alle informazioni del paziente, una percentuale del 34% li utilizza abbastanza, un 14% se ne serve poco, mentre un buon 30% percento non li utilizza proprio.



Grafico IV: Coinvolgimento del paziente

Nello studio viene analizzato il coinvolgimento del paziente durante la consegna e i dati riportati ci mostrano che solo il 3% è molto coinvolto, un 33% lo è abbastanza, un 43% lo è poco, mentre un 21% non viene per niente coinvolto.

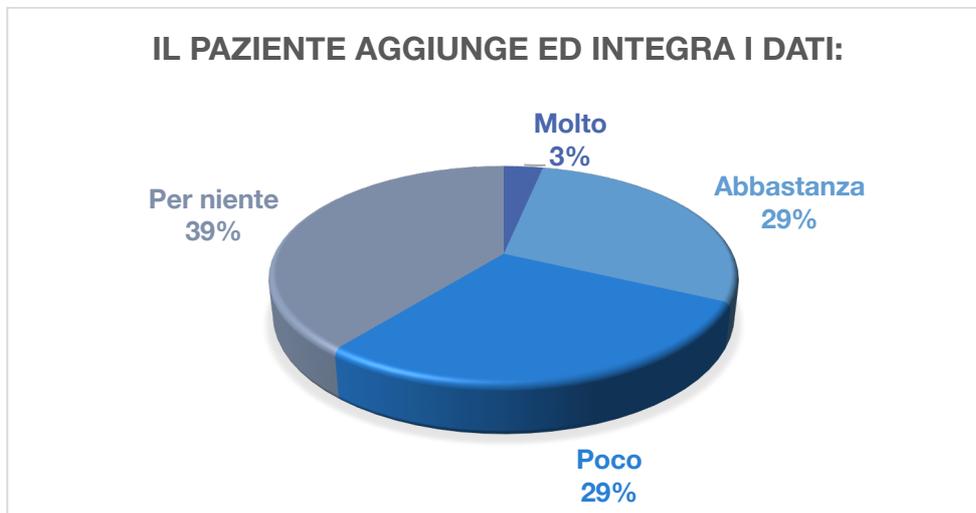


Grafico V: Coinvolgimento del paziente

Dall'analisi dei dati raccolti emerge che il 3% dei pazienti integra i dati, pone domande durante il momento della consegna, il 29% integra abbastanza i dati ed ascolta la consegna in modo attivo, mentre un 29% e un 39% dei pazienti non aggiunge dati e non ascolta la consegna in modo partecipativo.



Grafico VI: Coinvolgimento del paziente

Dai dati raccolti emerge che il 3% degli infermieri scoprono, osservano in toto il paziente durante la consegna, il 5% abbastanza, il 7% poco, mentre un 81% degli infermieri non sfrutta il momento del passaggio di consegna per osservare in toto il paziente.

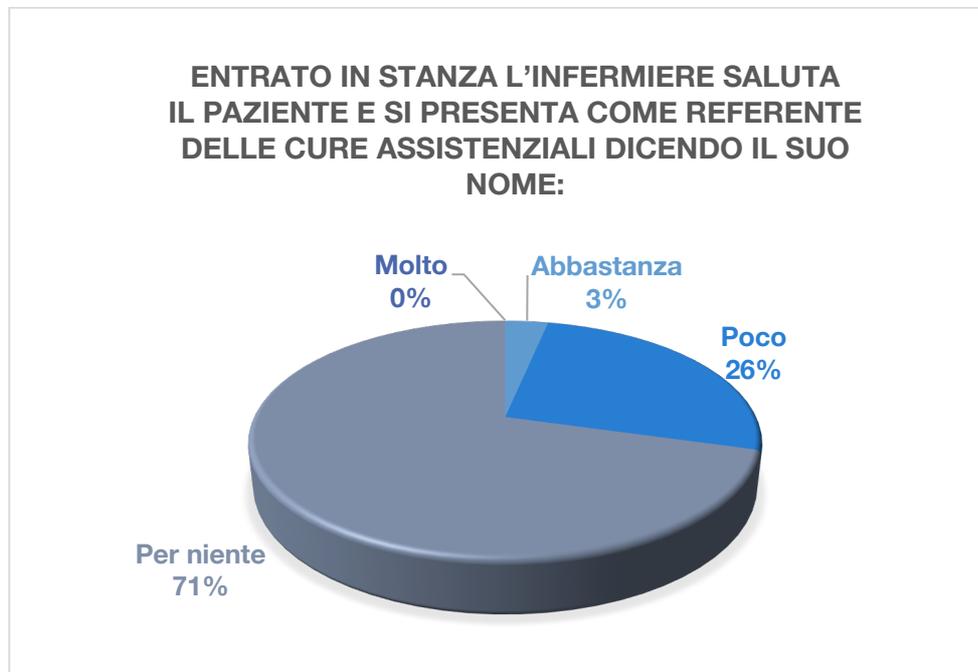


Grafico VII: Chiarezza nei confronti del paziente

Nel campione in studio è stato osservato che nessun infermiere entrando in stanza si presenta o viene presentato al paziente come referente delle cure assistenziali dicendo il suo nome, solo il 3% degli infermieri si è presentato come il responsabile delle cure infermieristiche per il turno successivo, ma senza tuttavia, pronunciare il suo nome (Abbastanza). Il 26% del campione ha lasciato dedurre al paziente quali fossero gli infermieri del turno che stava per iniziare (Poco). Diversamente il 71% degli infermieri non si presentava per niente come il team entrante in servizio per il turno successivo.

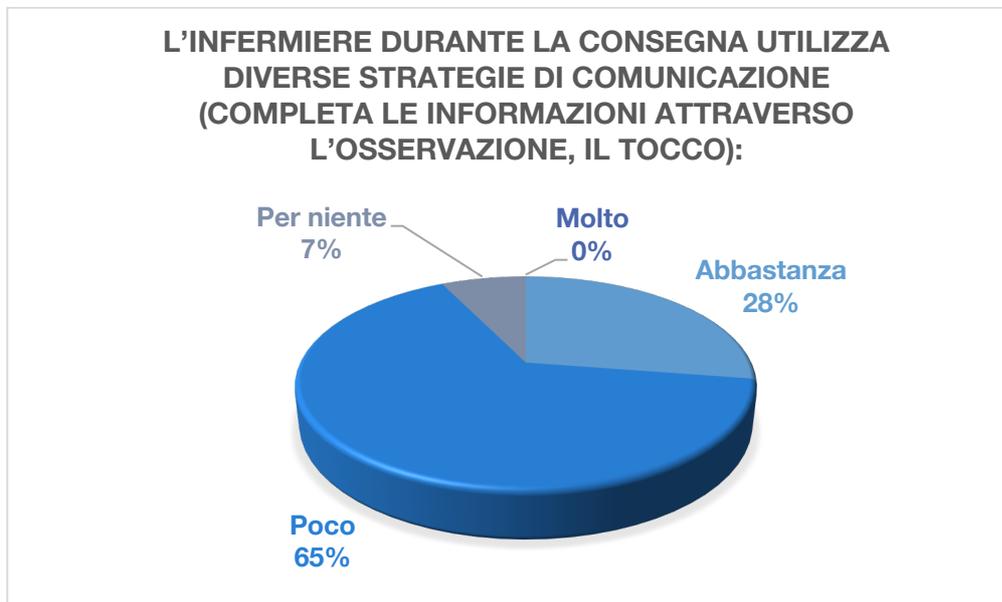


Grafico VIII: Chiarezza nei confronti del paziente

Dai dati raccolti emerge che lo 0% e il 28% degli infermieri utilizza diverse strategie di comunicazione adeguandosi anche alla padronanza linguistica dei diversi pazienti. È emerso invece che il 65 % degli infermieri utilizzava strategie comunicative e un linguaggio scarsamente coinvolgente e il restante 7% invece si serviva di un linguaggio professionale e non attuava per niente strategie comunicative con il paziente, come se la consegna fosse volta solo ad informare il collega del turno successivo.

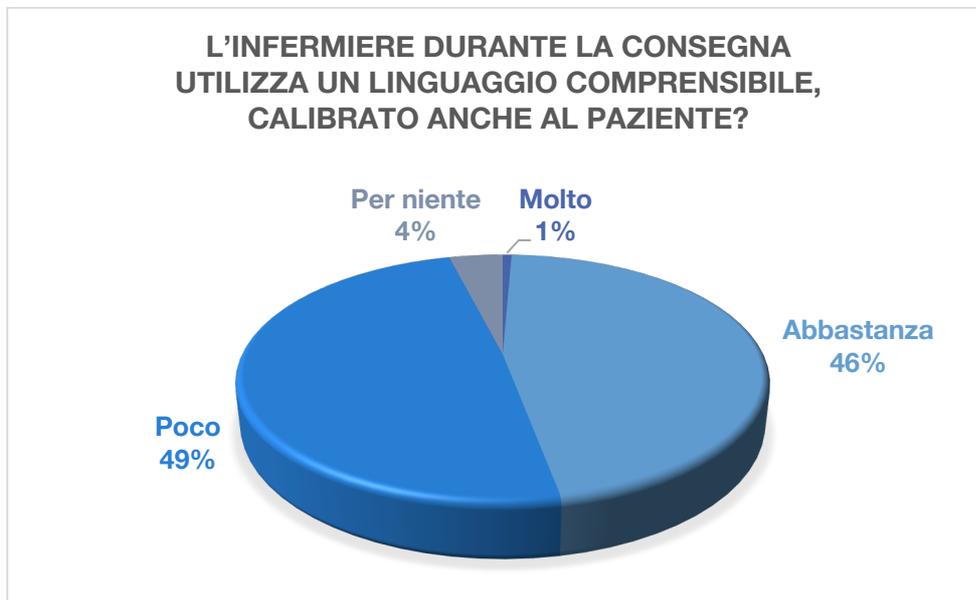


Grafico IX: Chiarezza nei confronti del paziente

Dai dati raccolti emerge che solo l'1% ha utilizzato un linguaggio comprensibile, calibrato sul paziente al fine di non snaturare il linguaggio scientifico, appropriato ma permettendo sempre allo stesso di comprendere al meglio le informazioni. Il 46 % degli infermieri invece ha dimostrato di utilizzare un linguaggio funzionale durante la consegna al fine di far comprendere al paziente le informazioni, mentre il 49% del campione in osservazione ha scelto un linguaggio poco comprensibile e calibrato al paziente e solo un 4% non ha articolato le informazioni (per niente) con un linguaggio calibrato e comprensibile al paziente che si trovava di fronte.

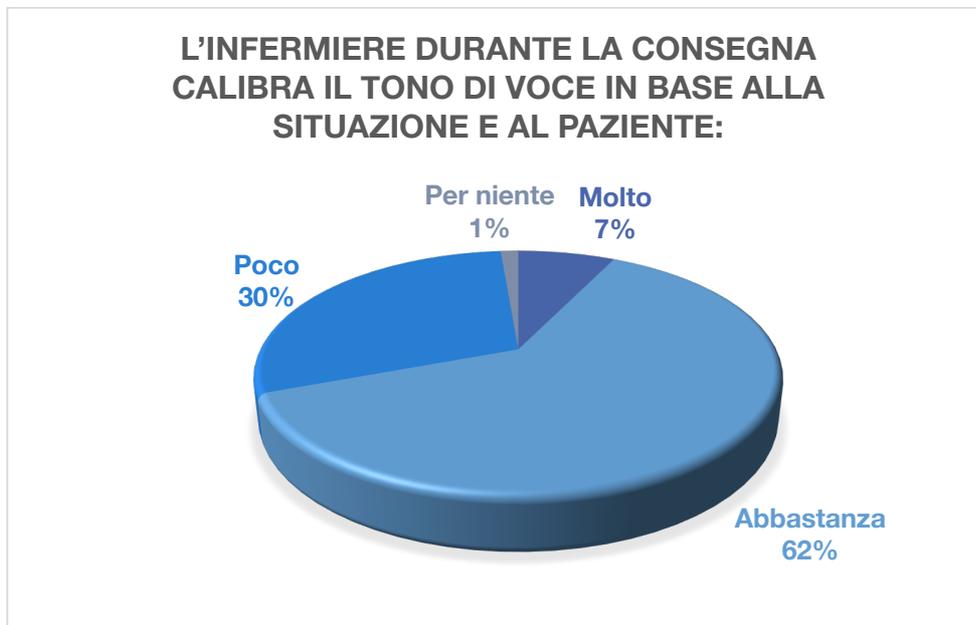


Grafico X: Chiarezza nei confronti del paziente

Nello studio viene analizzato se l'infermiere è in grado di calibrare il tono di voce in base alla situazione e al paziente. Il 7% degli infermieri dimostra di calibrare molto il tono di voce in base al paziente. Il 62% del campione preso in analisi utilizza un tono di voce abbastanza adeguato, utilizzando un tono di voce chiaro e comprensibile senza però adeguarsi in modo particolare ai bisogni del paziente. Il 30% calibra poco il tono di voce, perché intento a passare la consegna al collega piuttosto che coinvolgere il paziente durante la stessa. Solo l'1% non utilizza per niente un tono di voce in base alla situazione e al paziente.

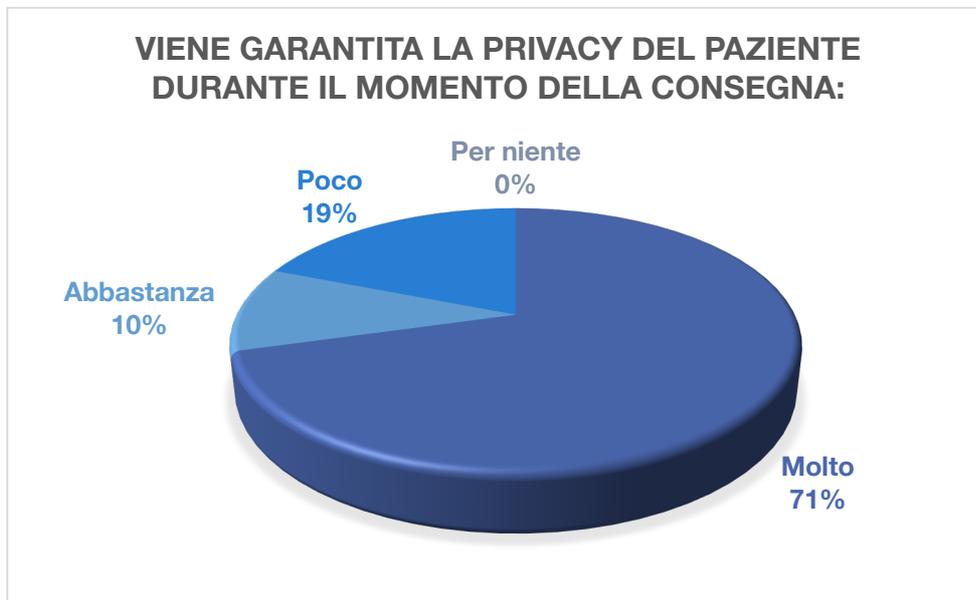


Grafico XI: Qualità dell'ambiente di consegna

Il campione preso in considerazione per il 71% garantisce molto la privacy del paziente durante il momento della consegna tirando la tenda divisoria, avendo la massima discrezione e attenzione al passaggio dei dati sensibili al collega del turno successivo, il 10% del campione garantisce abbastanza la privacy del paziente e solo il 19% la garantisce poco, mentre lo 0% non pone attenzione alla privacy del paziente.

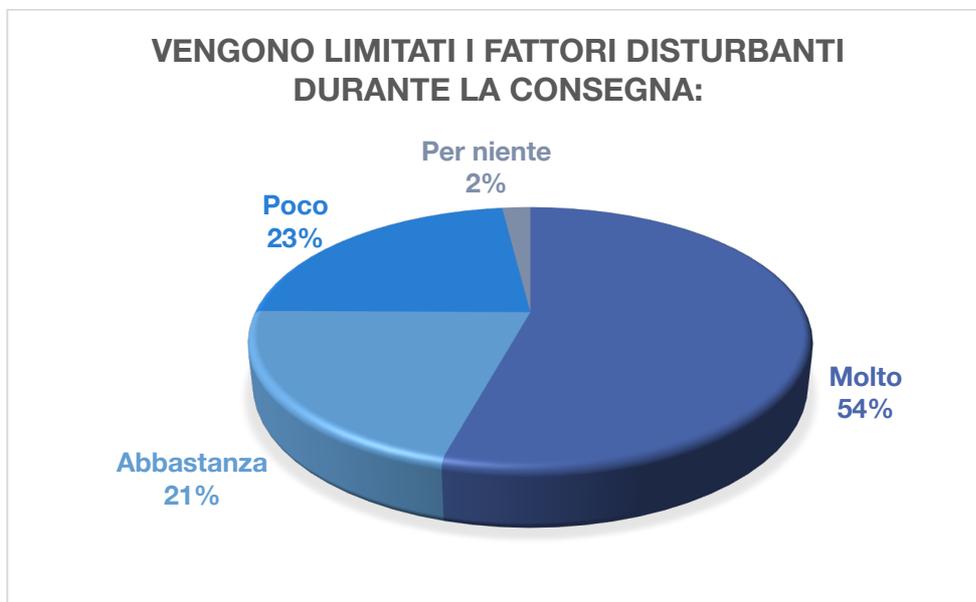


Grafico XII: Qualità dell'ambiente di consegna

Dai dati raccolti emerge che per il 54% vengono molto limitati i fattori disturbanti durante la consegna, il 21% limitava abbastanza i fattori disturbanti, il 23% li limitava poco e solo il 2% non li limitava per niente.

DISCUSSIONE

L'umanizzazione delle cure, intesa come attenzione alla persona nella sua specificità, peculiarità e totalità, costituita di bisogni- organici, psicologici e relazionali- risulta oggi di grande attualità. L'umanizzazione delle cure segna il passaggio da una concezione del malato come mero portatore di una patologia a un'altra, ovvero a quella che lo vede e se ne prende cura come persona con i suoi sentimenti, le sue conoscenze, le sue credenze rispetto al proprio stato di salute.

Per gli infermieri parlare di umanizzazione dell'assistenza significa riflettere sui valori, sulle teorie e sui modelli infermieristici che attribuiscono alla persona e ai concetti ad essa collegati (salute, malattia, ambiente). L'assistenza infermieristica oggi può offrire un'enorme ricchezza interpretativa a quei modelli di cura che per lungo tempo hanno sottovalutato il valore esperienziale della malattia ed hanno ora bisogno di recuperare la dimensione umana dell'approccio con il paziente.

I modelli e le teorie infermieristiche hanno recuperato l'unicità del concetto di persona.

L'utilizzo di diversi modelli come "la consegna al letto del paziente" aiuta a umanizzare le cure, permettendo al paziente di sentirsi conosciuto personalmente e assistito in modo integrato e coordinato.

Rispetto al modello infermieristico della consegna al letto del paziente è stato effettuato uno studio osservazionale al fine di valutare la sua effettiva umanizzazione e l'appropriatezza del modello nell'ambito dell'unità operativa di Chirurgia 2 di Fondazione Poliambulanza.

Sono stati presi in considerazione quattro **items** scelti da un documento di uno studio effettuato nel reparto di chirurgia di Trento sull'introduzione della

consegna al letto del paziente. (Da: “La consegna al letto del paziente: l’esperienza dei reparti di Cardiocirurgia e Chirurgia Vascolare di Trento” di Francesca Bertoldi, Antonella Celi)

Il primo item analizza il passaggio di informazioni che riguardavano i problemi del paziente, il suo coinvolgimento, la chiarezza espositiva nei suoi confronti e la qualità dell’ambiente di consegna. I risultati ricavati dal questionario ci hanno permesso di dire che il modello è appropriato, le informazioni trasmesse sono chiare e puntuali, permettono di avere una visione totale e attuale del paziente prendendo in considerazione sia i problemi attuali che quelli potenziali. Il team infermieristico ha ancora margine di miglioramento sull’utilizzo degli Ipad che gli permetterebbe un facile e veloce accesso alle ultime valutazioni del paziente.

Il secondo item analizza il coinvolgimento del paziente durante la consegna, approfondendo se integra le informazioni trasmesse e se viene osservato, scoperto in toto dall’infermiere durante la consegna. I dati raccolti ci dicono che il paziente è poco coinvolto e partecipa. Per questo punto c’è ancora un grande margine di miglioramento, per rendere più partecipe il paziente gli si potrebbero porre domande dirette in modo tale che le informazioni arrivino da lui e egli si senta preso in considerazione e al centro del piano assistenziale. Per quanto riguarda l’osservazione del paziente i dati ci dicono che non viene spesso sfruttata l’opportunità di osservare il paziente durante la consegna, ad esempio il sito della ferita, i drenaggi o le stomie.

Il terzo item indagava la chiarezza nei confronti del paziente. Un punto fondamentale per effettuare delle cure umanizzanti è quello di presentarsi ai pazienti come il responsabile del loro percorso assistenziale; durante la consegna al letto del paziente questo non viene fatto quasi mai dagli infermieri. Nello studio veniva anche osservato se l’infermiere durante la consegna al letto del paziente utilizzava diverse strategie di comunicazione, un linguaggio comprensibile e calibrato al paziente e se calibrava il tono di voce. I risultati a tal proposito ci dicono che viene utilizzato spesso un linguaggio funzionale alla comunicazione ma che le

strategie di comunicazione non vengono diversificate in base al paziente e si tende a non integrarle, mentre il tono della voce viene calibrato in base allo stato del paziente. Si possono ancora fare dei miglioramenti rispetto all'approccio col paziente durante la consegna. Le strategie di comunicazione da mettere in atto sono molteplici, come il tocco, il sedersi a fianco del paziente: come si vede, sono semplici azioni che renderebbero la cura assistenziale più empatica ed efficace.

Il quarto item osservava la qualità dell'ambiente di consegna, se fossero limitati i fattori disturbanti e soprattutto se fosse garantita la privacy del paziente. I dati raccolti ci dicono che il team infermieristico garantisce la privacy del paziente tirando la tenda divisoria, evitano di dire in stanza informazioni sensibili, in modo tale che il compagno di stanza non le senta, inoltre vengono limitati quasi sempre i fattori disturbanti.

Questo studio osservazionale, ovviamente ha dei punti di debolezza e dei punti di forza. I punti di debolezza sono legati, principalmente, alla metodo con cui è stato condotto lo studio osservazionale; esso non è stato effettuato in cieco, ovvero gli infermieri sapevano di essere osservati e questo, forse, li ha portati ad assumere degli atteggiamenti più rigorosi e meno genuini.

Un altro punto di debolezza è stato che solo una persona osservava, nonostante ci fossero dei criteri ben precisi che permettevano di valutare che punteggio assegnare ad ogni domanda avere un secondo osservatore avrebbe permesso di raccogliere più dati con altri occhi che osservavano.

Il gruppo infermieristico osservato aveva preso la scelta, omogenea, di far uscire tutti i parenti compresi i **caregiver** dalla stanza, indipendentemente che questi fossero utili o meno nel fornire informazioni rispetto al paziente stesso. Un elemento che renerebbe, sicuramente, il passaggio delle informazioni è proprio quello di fa scegliere al paziente se desidera la presenza del **caregiver**.

Un punto di forza è sicuramente quello che l'osservatore era parte del team infermieristico preso in considerazione, quindi poteva meglio interpretare le dinamiche della consegna del reparto in chirurgia.

CONCLUSIONI

L'applicazione di un modello di passaggio delle informazioni tipo il **bedside handover** favorisce sicuramente l'umanizzazione delle cure. Questo modello cerca di aumentare le occasioni di incontro con il paziente e i suoi caregiver per creare un ambiente più aperto e gradevole. *“La consegna al letto non deve avvenire in una forma di resoconto fra gli operatori, ma in un'interazione fra paziente e gli operatori dei due turni.”(Jonk-Duk 2000)*

Essa, infatti, permette una maggiore vicinanza al paziente entrando nel suo luogo di sofferenza ovvero la sua stanza di degenza. L'infermiere presentandosi come responsabile delle sue cure, ponendogli domande, crea un dialogo costante e più efficace con lo stesso, mostrandosi così più attento a tutti i suoi bisogni, sia a quelli che il paziente manifesta che a quelli che non esplicita e quindi meno evidenti. Affinché ciò avvenga è importante usare non solo l'osservazione ma anche il tocco (Es. per salutare il paziente quando si entra in stanza) e l'olfatto.

In primis è anche essenziale il rispetto della condizione e della dignità stessa del paziente, pertanto si dovrebbe prediligere un gergo comprensibile e un tono di voce appropriato alla situazione, tenendo sempre in considerazione il bagaglio sociale e culturale del paziente. È importante che l'infermiere sviluppi una maggior sensibilità possibile verso l'esperienza della malattia del paziente e che comprenda appieno la storia della sua sofferenza attraverso modelli di cura sempre più vicini al suo assistito.

BIBLIOGRAFIA

Alessandro Lupo Sapienza Università di Roma: Antropologia medica e umanizzazione delle cure. Rivista della Società italiana di antropologia medica / 37, aprile 2014, pp. 105-126

Anderson, C. D., & Mangino, R. R. (2006). Nurse shift report: who says you can't talk in front of the patient? Nurs Adm Q, 30(2):112-22.

Chaboyer W, Mc Murray A, Wallis M. Standard operating protocol for implementing bedside handover in Nursing. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare 2008

C. Benaglio, L. Piffer, S. Sperotto, M. Vezzoli, S. Albanese, E. Piva: Modelli innovativi della continuità dell'assistenza. Assistenza infermieristica e ricerca, 2006, 25, 2

C. Cilona - "L'evoluzione organizzativa e la cultura della persona prima di tutto" - 2017.

De Marinis, Piredda: Umanizzazione dell'Assistenza N.5/2010- lo infermiere

D. Bosia, G. Darvo - "Le linee guida per l'umanizzazione degli spazi di cura" Ricerca e sperimentazione/ research and experimentation, TECHNE 09 – 2015

Francesca Bertoldi, Antonella Celi La consegna al letto del paziente: l'esperienza dei reparti di Cardiocirurgia e Chirurgia Vascolare di Trento ASSIST INFERM RIC 2017; 36: 189-196

Francesco Vaia, Dal 'curare' al 'prendersi cura', 2017.

Griffin, T. (2010). Bringing change-of-shift report to the bedside: a patient-and family- centered approach. Journal of Perinatal e Neonatal Nursing, 24, 348-353.

Jong-Duk Kim. Dienstübergabe mit dem Patienten. Ein Projekt des Pflegedienstes an den Medizinischen Einrichtungen der Universität zu Köln. [tesi]. [Köln]: Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen; 2000. 222p.

Jürgen Wildner: "La partecipazione del paziente alle consegne infermieristiche". Macchioni Maria Grazia, Ferri Paola. Anno Accademico 2008/2009

Juergen Wildner, Progetto Handover. La partecipazione del paziente alle consegne infermieristiche, 2014

Lally, S. (1999). An investigation into the functions of nurses' communication at the inter-shift handover. J Nurs Manag, 7:29-36.

La consegna al letto del paziente: l'esperienza dei reparti di Cardiocirurgia e Chirurgia Vascolare di Trento" di Francesca Bertoldi, Antonella Celi

L'umanizzazione delle cure per evitare il disagio psicologico del ricovero in ospedale Giuseppe Santoro, Adriana Miniello, Riccardo Guglielmi.
<https://docplayer.it/20934510-Assistenza-la-necessita-imprescindibile-della-umanizzazione-delle-cure.html>

Magon, G. & Suardi, T. (2013). Primary nursing. Conoscere e utilizzare il modello. Maggioli Editore, 3:33.

Maria Luisa Rega, Elena Cristofori, Caterina Galletti, Ercole Vellone Silvia Scelsi: "La rianimazione e la terapia intensiva aperta come esempio di umanizzazione dell'assistenza". Scenario 2006; 23 (1): 16-26

MEDICINA NARRATIVA TEMI, ESPERIENZE E RIFLESSIONI a cura di BarBara Morsello, Chiara Cilona, Fiorenza Misale

Miller, C. (1998). Ensuring continuing care: styles and efficiency of the handover process. Aust J Adv Nurs, 16(1):23-7.

Morsello, B., Cilona, C., & Misale, F. (2017). Medicina Narrativa. Temi, Esperienze e Riflessioni. Roma: Roma Tre-Press.

Mortari Luigina, la pratica dell'aver cura, Mondadori, Milano 2006

Progetto handover: La partecipazione del paziente alle consegne infermieristiche. III congresso nazionale AIIAO – Maggio 2014 Jürgen Wildner, Laura Rasero, Colombi, Cristiano Pelati, Federica Borghesi, Enrico Mazzoli, Maria Grazia Graziani, Giovanna Carantoni

Rega, M. L., Cristofori, E., Galletti, C., Vellone, E., & Scelsi, S. (2006). La rianimazione e la terapia intensiva aperta come esempio di umanizzazione dell'assistenza. Scenario, 16-26.

R.M. Melotti, A. Bergonzi, A. Benedetti, et al. - “Progetto umanizzazione delle cure e dignità della persona in terapia intensiva della Regione Emilia-Romagna”, ANESTESIA FORUM 2009; 2; 75-82

Saiani L., Brugnoli A. Tarattato di cure infermieristiche II Edizione 2013.

Sand-Jecklin, K., & Sherman, J. A. (2014). A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation. Journal of Clinic Nursing, doi: 10.1111/jocn.12575

Tesi di Master di Ornella Piva: “La consegna infermieristica al letto del paziente: problemi ed opportunità. Studio osservazionale in un reparto chirurgico”. Relatore: Chiar.ma Prof.ssa Antonella Massari Correlatore:

Chiar.ma Prof.ssa Letizia Bazoli. Anno accademico 2013-2014

Allegato 1

Osservazione N°	Data
-----------------	------

1. Problemi del paziente

1.1. Il passaggio delle informazioni è centrato sui problemi attuali del paziente:

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

1.2. I dati trasmessi sono aggregati per problema, avvalorano i problemi reali e potenziali e consentono una visione prospettica del paziente:

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

1.3. Vengono utilizzati i supporti informatici per accedere alle informazioni del paziente:

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

2. Coinvolgimento del paziente

2.1. Il paziente è coinvolto durante la consegna:

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

2.2. Il paziente aggiunge ed integra i dati:

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

2.3. Il paziente viene scoperto, osservato in toto durante la consegna:

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

3. Chiarezza nei confronti del paziente

3.1. Entrato in stanza l'infermiere saluta il paziente e si presenta come referente delle cure assistenziali dicendo il suo nome:

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

3.2. L'infermiere durante la consegna utilizza diverse strategie di comunicazione (completa le informazioni attraverso l'osservazione, il tocco):

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

3.3. L'infermiere durante la consegna utilizza un linguaggio comprensibile, calibrato anche al paziente?

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

3.4. L'infermiere durante la consegna calibra il tono di voce in base alla situazione e al paziente:

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

4. Qualità dell'ambiente di consegna

4.1. Viene garantita la privacy del paziente durante il momento della consegna:

- Molto

- Abbastanza
- Poco
- Per niente

4.2. Vengono limitati i fattori disturbanti durante la consegna:

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

