

CONGRESSO
NAZIONALE AIIO
30.03.2007

**I SESSIONE :
GESTIONE CLINICA DEL
CAMBIAMENTO**

**MISURARE LA
QUALITA'
DELLA RELAZIONE**

MAURIZIO BANCONI



■ **QUALITA' IN SANITA':**



■ **“ LA QUALITA' E' IL RAPPORTO FRA IL MIGLIORAMENTO NELLE CONDIZIONI DI SALUTE ED IL MASSIMO MIGLIORAMENTO RAGGIUNGIBILE, SULLA BASE DELLE CONOSCENZE SCIENTIFICHE, DELLE RISORSE DISPONIBILI E DELLE CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE”.**

■ **A.DONABEDIAN:**

OBIETTIVI OMS PER L'ANNO 2000

OBIETTIVO 31

Per il 1990 tutti gli stati membri dovranno avere introdotto
Nei loro servizi sanitari, sistemi diretti a garantire la qualità.

Ciò si può ottenere rendendo la valutazione una componente
Permanente del normale lavoro professionale, stabilendo
Meccanismi di monitoraggio sistematico della qualità
dell'assistenza erogata e formando tutto il personale sanitario
nei metodi della Quality Assurance (promozione di qualità,
Verifica e Revisione Qualità).



QUALITA' IN SANITA'

A.DONABEDIAN DEFINISCE TRE ASSI DELLA QUALITA'.

- **ASSE DELLA STRUTTURA**
(QUALITA' ORGANIZZATIVA).
- **ASSE DEI PROCESSI** (QUALITA' PROFESSIONALI, BUONA RELAZIONE).
- **ASSE DI ESITO** (QUALITA' PERCEPITA).



QUALITA' IN SANITA'

- **ASSE DEL PROCESSO:**
- IL PROCESSO COMPRENDE IL PRODOTTO , LE PRESTAZIONI , LA LORO TEMPESTIVITA' , LA LORO APPROPRIATEZZA IN RELAZIONE ALLE DECISIONI STABILITE E AGLI INTERVENTI INTRAPRESI.

QUALITA' IN SANITA'

- ASSE DEL PROCESSO
- **SI RIFERISCE ALLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE , CORRETTEZZA DELLE PERFORMANCE , GIUSTA INTEGRAZIONE DELLE COMPETENZE DI PROFILI DIVERSI.**
- L'ESITO E' CONIUGATO ALLE MODIFICAZIONI DELLE CONDIZIONI DI SALUTE ATTRIBUITE AGLI INTERVENTI SANITARI E **QUINDI ANCHE ALLE MODALITA' DI GESTIONE DELLA RELAZIONE**

QUALITA' IN SANITA'

- ASSE DELL'ESITO

QUESTIONARIO SALUTE ORGANIZZATIVA OSPEDALE TERNI

- Include due strumenti psicometrici: 1)IL QUESTIONARIO MULTIDIMENSIONALE SULLA SALUTE ORGANIZZATIVA (AVALLONE,PAPLOMATAS , 2005),2)SCALA UTRECHT WORK ENGAGEMENT SCALE (UWES) CHE INDAGA IL COSTRUTTO DI ENGAGEMENT PROFESSIONALE (SCHAUFELI E BAKKER ,2004).
- METODO DELLA RICERCA :QUESTIONARIO ARTICOLATO SU 65 ITEM DIVERSAMENTE ARTICOLATI , PER FORNIRE OPINIONI E VALUTAZIONI RIFERITE ALLA PROPRIA AZIENDA OSPEDALIERA
- (**CONTESTO RELAZIONALE LAVORATIVO**).
- LE SCALE DI VALUTAZIONE PREVEDEVANO 4 GRADI CON UNA GAMMA DI PUNTEGGI CHE VARIAVA DA UN MINIMO DI 1 (LIVELLO DI BENESSERE MOLTO BASSO) AD UN MASSIMO DI 4 (LIVELLO DI BENESSERE MOLTO ALTO).UN ALTO LIVELLO DI BENESSERE E' INDICATO DAI PUNTEGGI MEDI PARI O SUPERIORI A 3 ; UN DISCRETO LIVELLO DI BENESSERE E' INDICATO DAI PUNTEGGI MEDI TRA 2,6 E 2,9; UN BASSO LIVELLO DI BENESSERE E' INDICATO DA PUNTEGGI MEDI PARI O INFERIORI A 2,5.

▪ **ITEMS " SALUTE ORGANIZZATIVA" AVALLONE F., PAPLOMATAS A.(2005) SALUTE ORGANIZZATIVA , RAFFAELLO CORTINA EDITORE .**

▪ **COMFORT AMBIENTE DI LAVORO**

▪ **CHIAREZZA DEGLI OBIETTIVI ORGANIZZATIVI**

▪ **ADEGUATEZZA DELLE MISURE DI SICUREZZA**

▪ **MESSA A DISPOSIZIONE DELLE INFORMAZIONI RIFERITE AL LAVORO**

▪ **SCORREVOLEZZA OPERATIVA**

▪ **EQUITA' DI TRATTAMENTO**

▪ **VALORIZZAZIONE DEGLI APPORTI E DEL POTENZIALE INDIVIDUALE**

▪ **ASCOLTO ATTIVO (CAPACITA' DI ASCOLTO RECIPROCO TRA DIRIGENTI E COLLABORATORI, TRA ORGANIZZAZIONE E DIPENDENTI, TRA COLLEGHI):**

▪ **RELAZIONI FRANCHE APERTE E COLLABORATIVE SIA ORIZZONTALI CHE VERTICALI**

▪ **SIGNIFICATO ED UTILITA' DELL'ESPERIENZA LAVORATIVA**

▪ **APERTURA VERSO L'INNOVAZIONE E IL CAMBIAMENTO**

▪ **FATTORI DI STRESS ASSOCIATI ALLE ATTIVITA'E COMPITI**

▪ **DIFFICOLTA' CONNESSE AI COMPITI LAVORATIVI**

▪ **GESTIONE DELLE CONFLITTUALITA'**

▪ **INDICATORI POSITIVI ASSOCIATI AL LAVORO (SODDISFAZIONE,COINVOLGIMENTO VERSO L'ORGANIZZAZIONE, VOGLIA DI ANDARE AL LAVORO , ETC.);**

▪ **INDICATORI NEGATIVI ASSOCIATI AL LAVORO (RISENTIMENTO VERSO L'ORGANIZZAZIONE, DISINTERESSE VERSO IL LAVORO , ETC.)**

▪ **DISTURBI PSICOFISICI**

- L'ULTIMA SEZIONE DEL QUESTIONARIO RIGUARDA LA SCALA UWES. LA SCALA INCLUDE 6 ITEMS RIGUARDANTE IL VIGORE, 5 ITEMS RIGUARDANTE LA DEDIZIONE E 6 ITEMS CONCERNENTI IL COINVOLGIMENTO .
- **L'ENGAGEMENT E' DEFINITO IL CONTRARIO DEL BURNOUT.**
- **CONTRARIAMENTE A CHI SOFFRE DI BURNOUT IL LAVORATORE "ENGAGED" ESPERISCE ENERGIA ED EFFICACIA CONNESSA ALLA PROPRIA ATTIVITA' LAVORATIVA.**
- **ENGAGED** VUOL DIRE POSSEDERE ALTI LIVELLI DI ENERGIA E RESISTENZA MENTALE ALLO STRESS DURANTE IL LAVORO.
- LA DEDIZIONE SI RIFERISCE AL COINVOLGIMENTO , AL SENSO DI ENTUSIASMO, ISPIRAZIONE, ORGOGLIO E SFIDA DEGLI OSTACOLI.
- IL COINVOLGIMENTO RIGUARDA L'ESSERE CONCENTRATO , FELICEMENTE ASSORBITO DAL LAVORO. ATTRAVERSO IL QUALE IL TEMPO PASSA VELOCEMENTE . (SHAUFELI E BAKKER 2004)

DATI SOCIO ANAGRAFICI

ETA' DEL SOGGETTO	45,07
ANNI DI LAVORO TOTALI	20,34
ANNI DI LAVORO NELL'AZIENDA	17,02
TEMPO PER RECARSI IN MINUTI NELL'AZIENDA	18,89
ORE DI LAVORO GIORNALIERE	6,95
ORE SETTIMANALI DI STRAORDINARIO	3,16

MASCHIO	142
FEMMINA	386
TOTAL	528
MISSING	12
TOTAL	540

ASCOLTO ATTIVO ASC

	I DIPENDENTI SONO GENERALMENTE DISPONIBILI AD ANDARE INCONTRO ALLE ESIGENZE DELL'AZIENDA	I RESPONSABILI DESIDERANO ESSERE INFORMATI SUI PROBLEMI E LE DIFFICOLTA' CHE SI INCONTRANO SUL LAVORO	CHI AVANZA RICHIESTE O FORMULA PROPOSTE E SUGGERIMENTI VIENE ASCOLTATO DAI RESPONSABILI	ANCHE TRA COLLEGHI CI SI ASCOLTA E SI CERCA DI VENIRE INCONTRO ALLE RECIPROCHE ESIGENZE
MEAN	3,43	2,65	2,34	3,20
STD. DEVIATION	0,71	1,00	0,86	0,85

APERTURA ALL'INNOVAZIONE INN

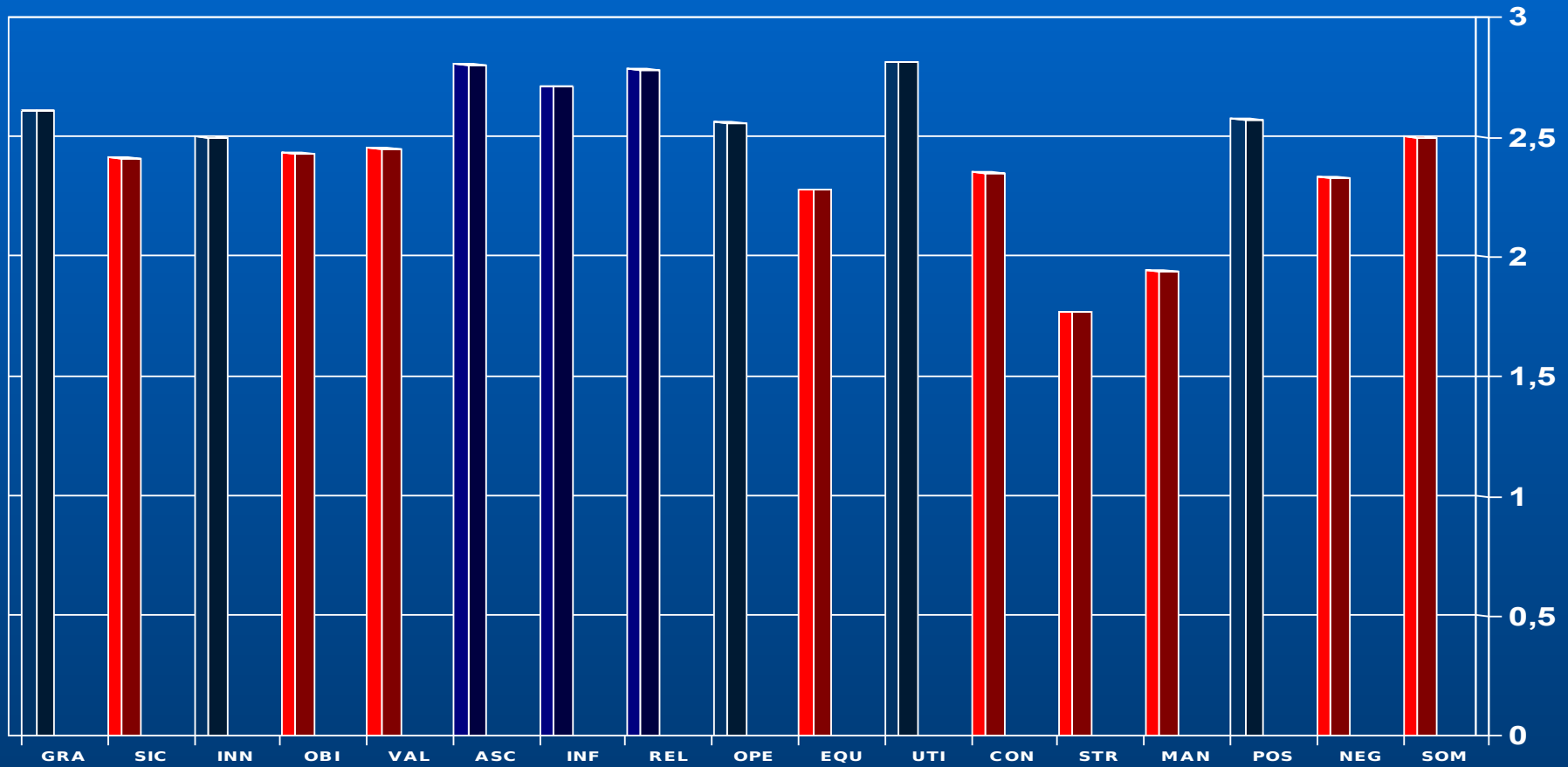
	ACQUISIRE NUOVE TECNOLOGIE	MIGLIORARE I PROCESSI	CONFRONTARSI CON LE ESPERIENZE DI ALTRE ORGANIZZAZIONI	RICONOSCERE E AFFRONTARE I PROBLEMI E GLI ERRORI DEL PASSATO	ACCOGLIERE LE RICHIESTE DEI CLIENTI UTENTI	INTRODURRE NUOVE PROFESSIONALITA'	SVILUPPARE LE COMPETENZE INNOVATIVE DEI DIPENDENTI	STABILIRE RAPPORTI DI COLLABORAZIONE CON ALTRE ORGANIZZAZIONI	SPERIMENTARE NUOVE FORME DI ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO
MEAN	3,19	2,74	2,65	2,47	2,96	2,70	2,41	2,47	2,44
STD. DEVIATION	0,74	0,83	0,82	0,85	0,83	0,86	0,84	0,83	0,87



GRA= COMFORT DELL'AMBIENTE DI LAVORO
SIC* = SICUREZZA PERCEPITA*
 INN=APERTURA ALL'INNOVAZIONE
OBI* = CHIAREZZA DEGLI OBIETTIVI*
VAL* = VALORIZZAZIONE DELLE PERSONE *
 ASC=ASCOLTO ATTIVO
 INF=DISPONIBILITA' DELLE INFORMAZIONI
 REL=RELAZIONI COLLABORATIVE

OPE= SCORREVOLEZZA OPERATIVA
EQU* = EQUITA' ORGANIZZATIVA*
 UTI= SENSO DI UTILITA' SOCIALE
CON* = GESTIONE DELLA CONFLITTUALITA'*
STR* = GESTIONE DEI FATTORI DI STRESS*
MAN* = TOLLERABILITA' DEI COMPITI*
 POS= INDICATORI POSITIVI
NEG* = TOLLERABILITA' DEGLI INDICATORI NEGATIVI
SOM* = SALUTE PSICOSOMATICA*

SALUTE ORGANIZZATIVA INFERMIERE OSPEDALE DI TERNI



GRA= COMFORT DELL'AMBIENTE DI LAVORO

SIC* = SICUREZZA PERCEPITA*

INN=APERTURA ALL'INNOVAZIONE

OBI* = CHIAREZZA DEGLI OBIETTIVI*

VAL* = VALORIZZAZIONE DELLE PERSONE *

ASC=ASCOLTO ATTIVO

INF=DISPONIBILITA' DELLE INFORMAZIONI

REL=RELAZIONI COLLABORATIVE

OPE= SCORREVOLEZZA OPERATIVA

EQU* = EQUITA' ORGANIZZATIVA*

UTI= SENSO DI UTILITA' SOCIALE

CON* = GESTIONE DELLA CONFLITTUALITA'*

STR* = GESTIONE DEI FATTORI DI STRESS*

MAN* = TOLLERABILITA' DEI COMPITI*

POS= INDICATORI POSITIVI

NEG* = TOLLERABILITA' DEGLI INDICATORI NEGATIVI

SOM* = SALUTE PSICOSOMATICA*

Può un'assistenza infermieristica di buon livello incidere positivamente sulla qualità di vita del paziente oncologico?



La World Health Organization nella metà di questo secolo ha introdotto nel concetto di salute non solo una condizione di assenza di malattie ma anche la presenza di una situazione di benessere fisico, mentale e sociale.

Approcci assistenziali di tipo "caring" e "uncaring"

(Halldorsdottir e Hamrin 1997)

approccio "caring"

- **1. L'operatore sanitario si occupa del tuo caso personale: un aiuto indispensabile nel cammino lungo la malattia.**
- **2. Ne risulta fiducia reciproca e legame umano.**
- **3. L'effetto percepito di questo tipo di assistenza: un senso di solidarietà, di benessere, maggior fiducia in se stesso e nelle possibilità di guarigione.**

approccio "uncaring"

- **1. L'operatore sanitario percepito come distaccato: un ostacolo alla percezione di benessere e di cura;**
- **2. La risultante sensazione di diffidenza e separazione;**
- **3 L'effetto percepito di questo tipo di assistenza: una sensazione di disagio, scoramento, e di abbattimento fisico.**

DL 502/92 e 517/93

- **L'art. 10 stabilisce "..... di adottare in via ordinaria il metodo della Verifica e Revisione della Qualità e della quantità delle prestazioni, nonché del loro costo, allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini**

L'art. 14 prevede l'utilizzo ".....degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie, relativamente alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché all'andamento delle attività di prevenzione delle malattie.

INFERMIERE COME GARANTE

- **CODICE DEONTOLOGICO
12.05.1999 PUNTO 5.3**
- **“L’INFERMIERE HA IL DOVERE DI
AUTOVALUTARSI , E DI
SOTTOPORRE IL PROPRIO
OPERATO A VERIFICA , ANCHE AI
FINI DELLO SVILUPPO
PROFESSIONALE”.**

QUALITA' :Multidimensionalità

(Stewart A.L. et al. J.P.S.M. 1999;17:93-108)

- Aspetti fisici**
- Aspetti psicologici**
- Aspetti sociali**
- Aspetti spirituali-significato della vita**
- Autonomia fisica**
- Aspetti cognitivi**
- Qualità della vita globale**
- Qualità della morte**

VALUTAZIONE DELLA QUALITA'

Procedimento fatto per misurare lo scarto esistente fra una situazione osservata ed una situazione considerata come ottimale.

Verifica e revisione della qualità:

Concetto dinamico che comprende la valutazione del Livello reale della qualità delle prestazioni e del livello dei servizi e lo sforzo attuato per migliorarli, Sulla base della valutazione eseguita, quando ciò appaia Utile e/o necessario

PROCESSO DI NURSING V.A. V.R.Q.

PROCESSO DI NURSING	VALUTA I RISULTATI DELL'ASSISTENZA PRESTATATA ALLA PERSONA
VALUTAZIONE DELLA QUALITA'	VALUTA L'INSIEME DELL'ASSISTENZA PRESTATATA DA UN GRUPPO DI INF. AD UN GRUPPO DI PAZIENTI
V.R.Q.	VALUTA LA QUALITA' DELL'ASSISTENZA SOMMATA ALLO SFORZO FATTO PER MIGLIORARLA ALLA LUCE DEI RISULTATI DELLA MISURAZIONE ESEGUITA OVE NECESSARIO

COME VALUTARE

- **IDENTIFICARE PROBLEMI**
- **IDENTIFICARE CRITERI**
- **FASE DELLA MISURA**
- **FASE INTERVENTO
MIGLIORATIVO**

Strumenti di misurazione: fasi di sviluppo

1. Misure dell'autonomia del paziente : il paziente non è direttamente coinvolto nella valutazione, ma è l'operatore che valuta il paziente attraverso l'osservazione o l'intervista.
3. Il paziente acquista un ruolo attivo e viene richiesta la sua partecipazione per la compilazione di questionari o di risposte ad interviste: gli strumenti multidimensionali sono tuttavia spesso *complessi e lunghi*
5. Utilizzo di strumenti multidimensionali, ma brevi e facili da compilare, con attenzione alla validità e riproducibilità

Multidimensionalità

(Consensus Conference SIPO 1992)

- **Stato funzionale**
 - lavoro
 - tempo libero
 - badare a sé stesso
- **Aspetti fisici**
 - causati dalla malattia o effetti coll. di terapie
- **Aspetti psicologici**
 - ansia, depressione
 - autostima
 - modificazioni schema corporeo, sessualità
- **Interazione sociale**
 - con familiari
 - con curanti
 - ruolo sociale

La valutazione individuale della qualità della vita

Schedule for the Evaluation of Individual Quality Of Life - SEIQOL

“Per ciascuno di noi la felicità e la soddisfazione dipendono da quegli aspetti o aree o cose della vita che sono importanti per noi... In altre parole, queste aree determinano la qualità della nostra vita... Quali sono le cinque aree più importanti della sua vita in questo momento, le cose che rendono la sua vita serena quando sono presenti o triste quando mancano, quelle cose che determinano la sua qualità di vita?”



**“...e se provassimo
a chiederlo a loro?...”**

IL QUESTIONARIO ANALIZZA

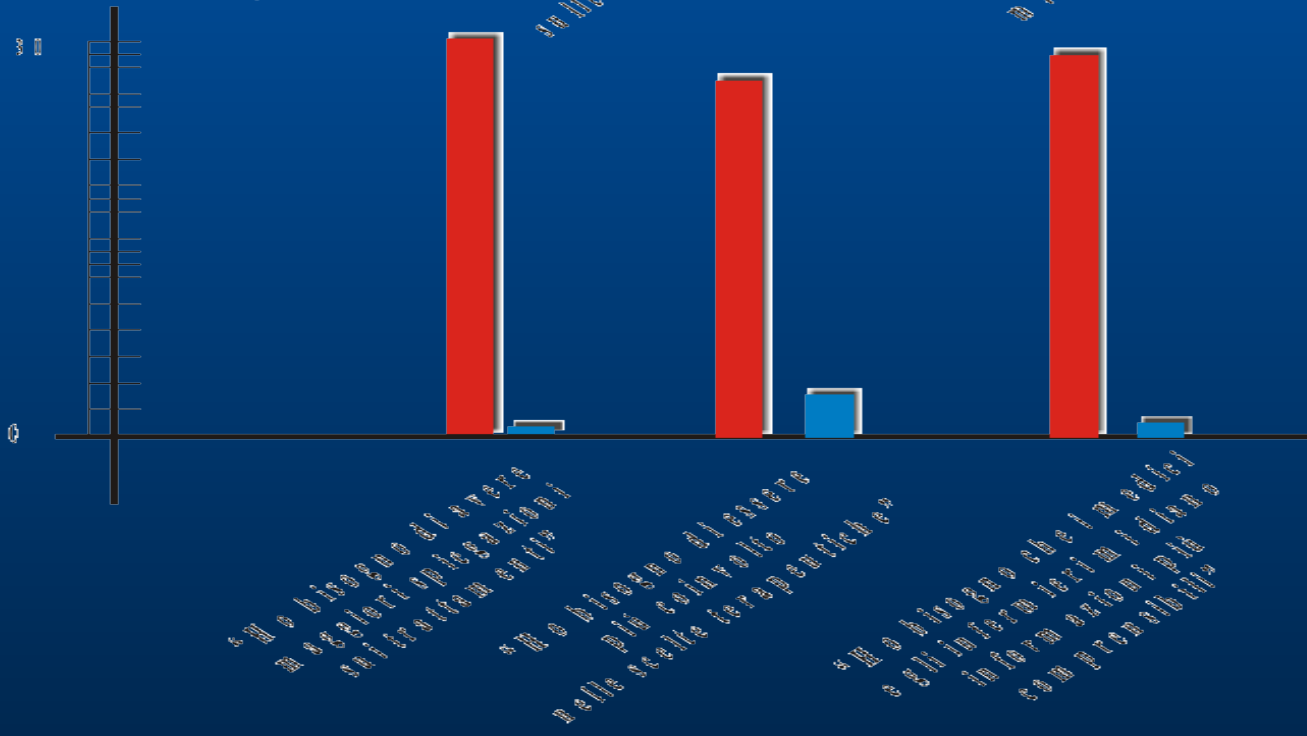
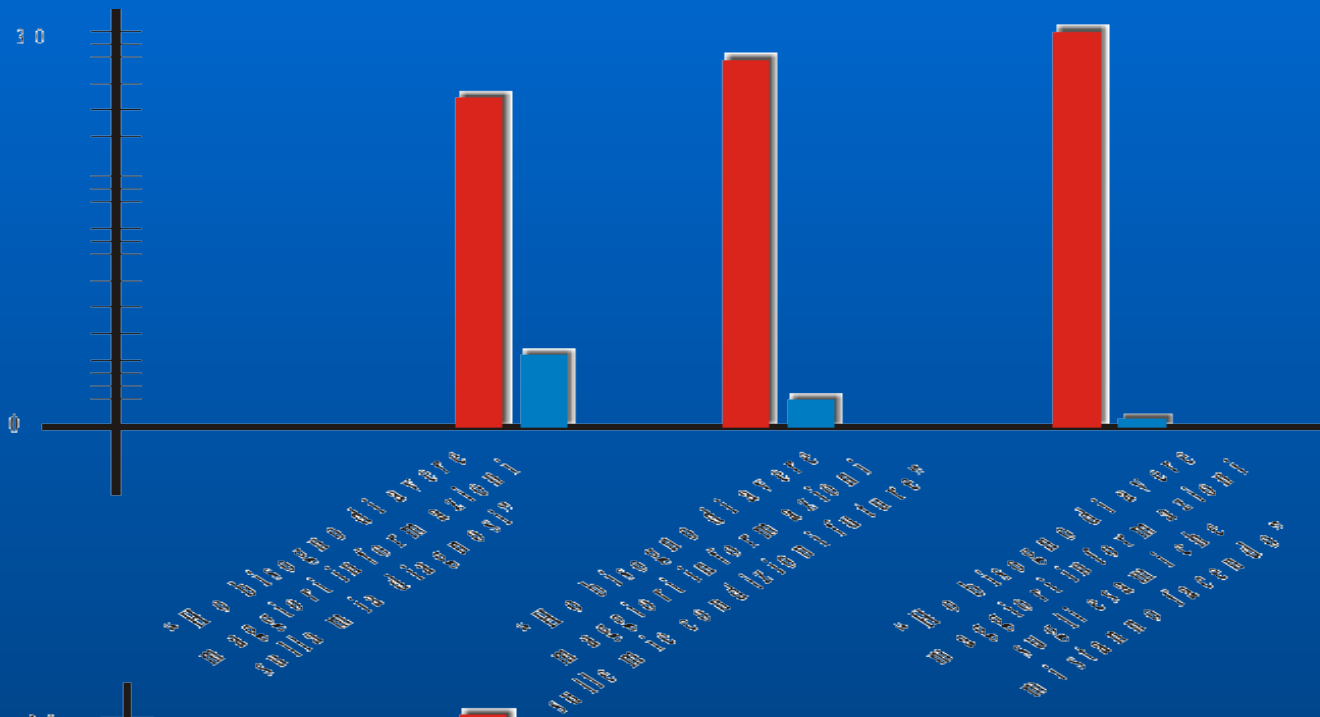
1
Bisogni di
informazione,
comunicazione e
relazione

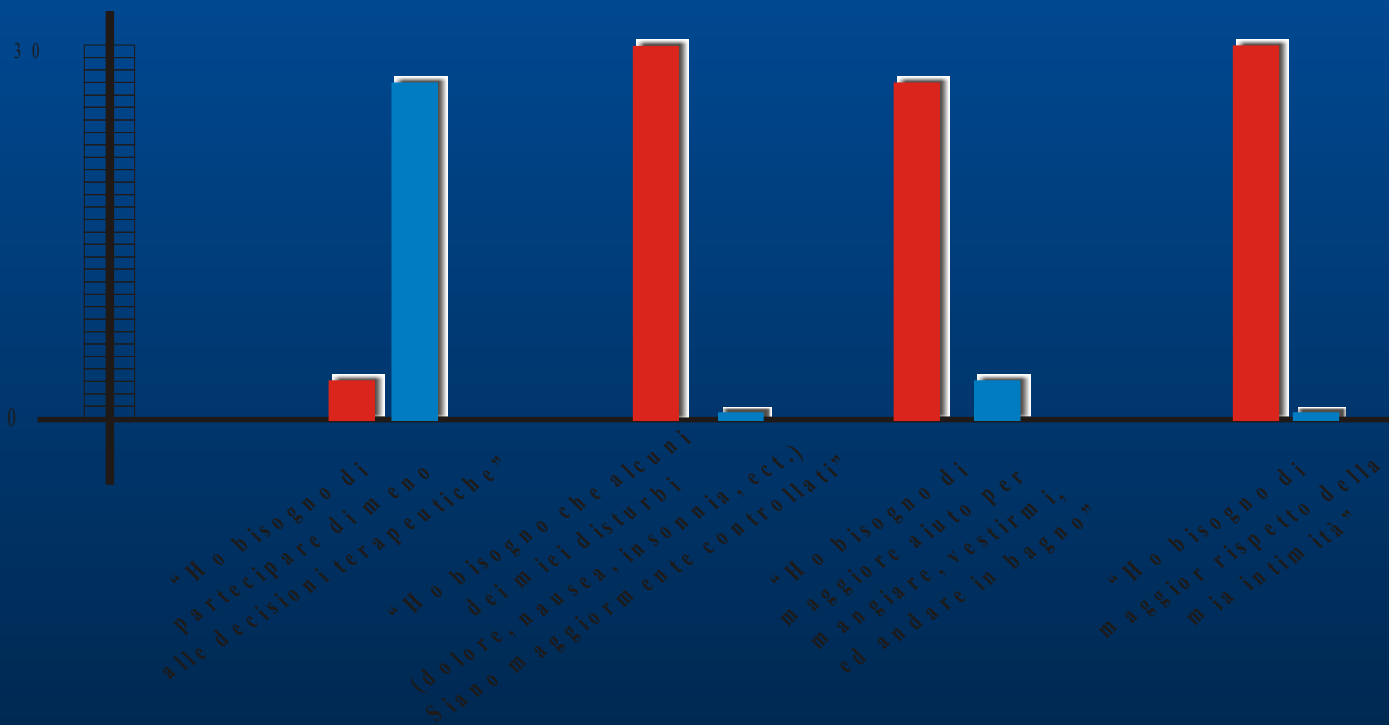
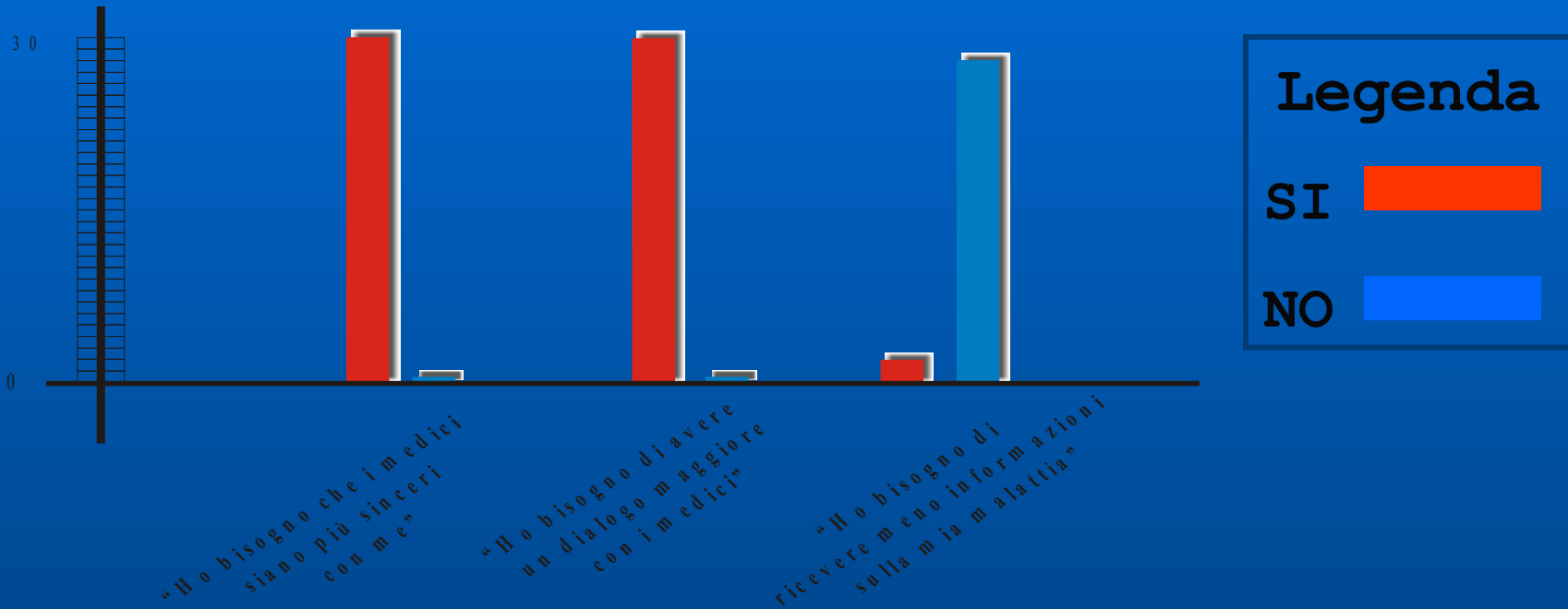
2
Necessita' di
assistenza
sanitaria per i
sintomi fisici

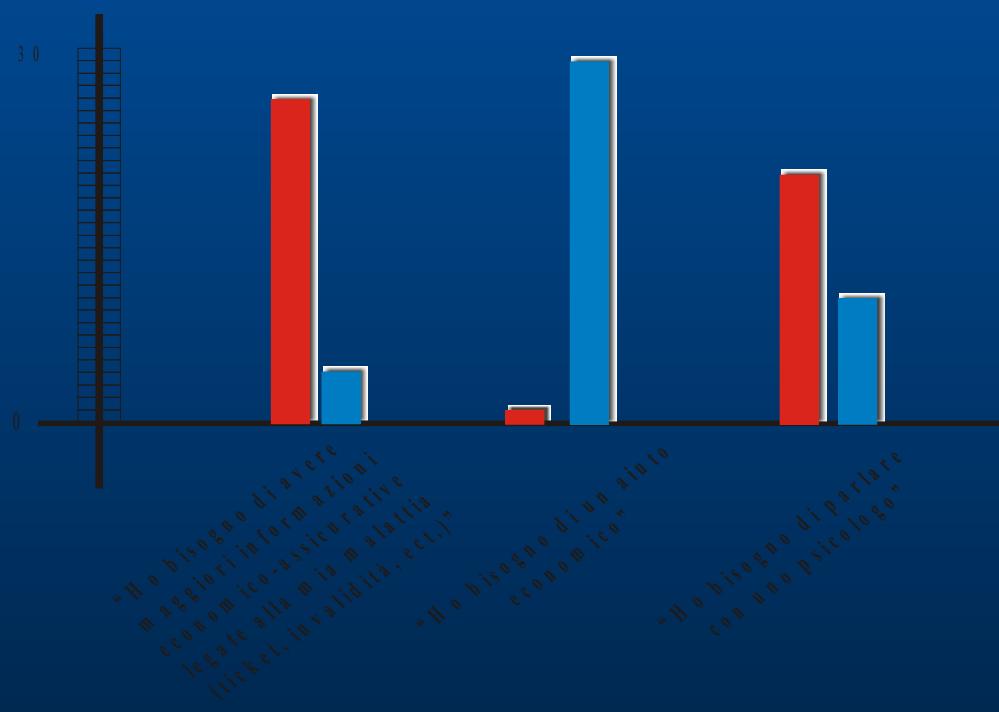
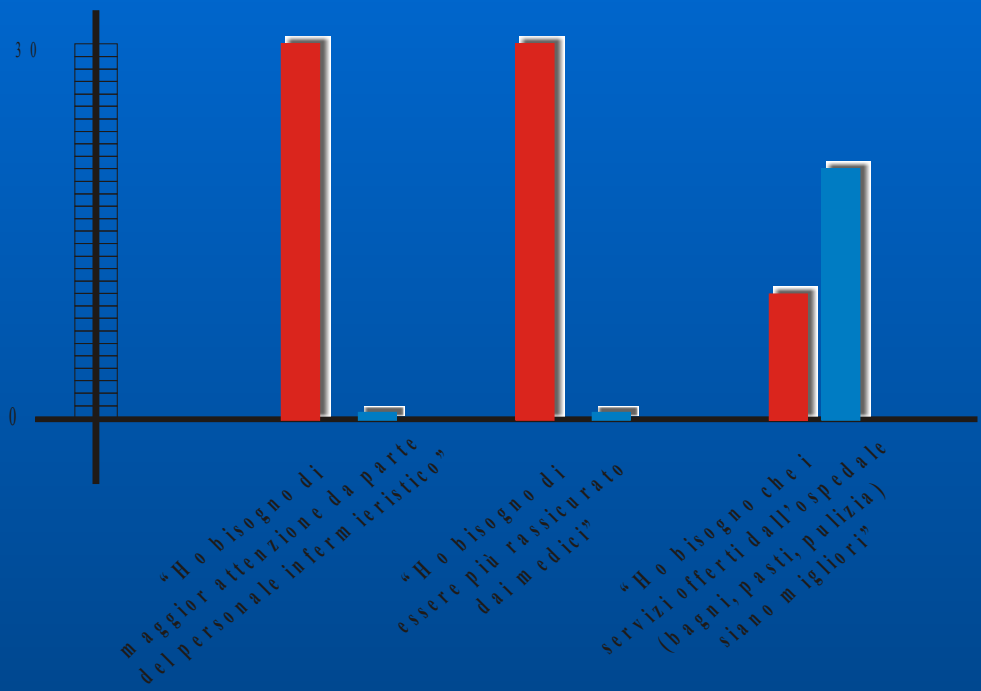
3
Richiesta della
presenza di altri
operatori
dell'istituzione

4
Necessita'
economiche e di
accoglienza
alberghiera

5
Bisogni nella sfera
psicologica,
individuale,
familiare e sociale







CONCLUSIONI DELLO STUDIO

- ❑ Bisogno di essere adeguatamente informati in maniera sincera e leale
- ❑ Bisogno di maggior controllo degli effetti collaterali legati ai trattamenti citotossici
- ❑ Bisogno di una maggiore intimità
- ❑ Bisogno di poter essere ascoltati senza fretta
- ❑ Bisogno di non essere messi da parte

NON RITENGONO NECESSARIO

- Aiuto economico
- Dialogo con un assistente spirituale
- Condividere la propria esperienza con malati della stessa patologia

Multidimensionalità

(Singer P. JAMA 1999;281;163-168)

La prospettiva del paziente

avere un adeguato controllo del dolore e dei sintomi
evitare un inappropriato prolungamento del morire
mantenere una possibilità di “controllo”
trasferire il “peso” per la famiglia
rafforzare le relazioni

- Capacità di elaborazione di un intervento assistenziale complesso

Passare dalle competenze di ruolo a quelle di processo significa sviluppare una visione allargata della propria posizione, più consapevole degli scopi finali dei processi (...)

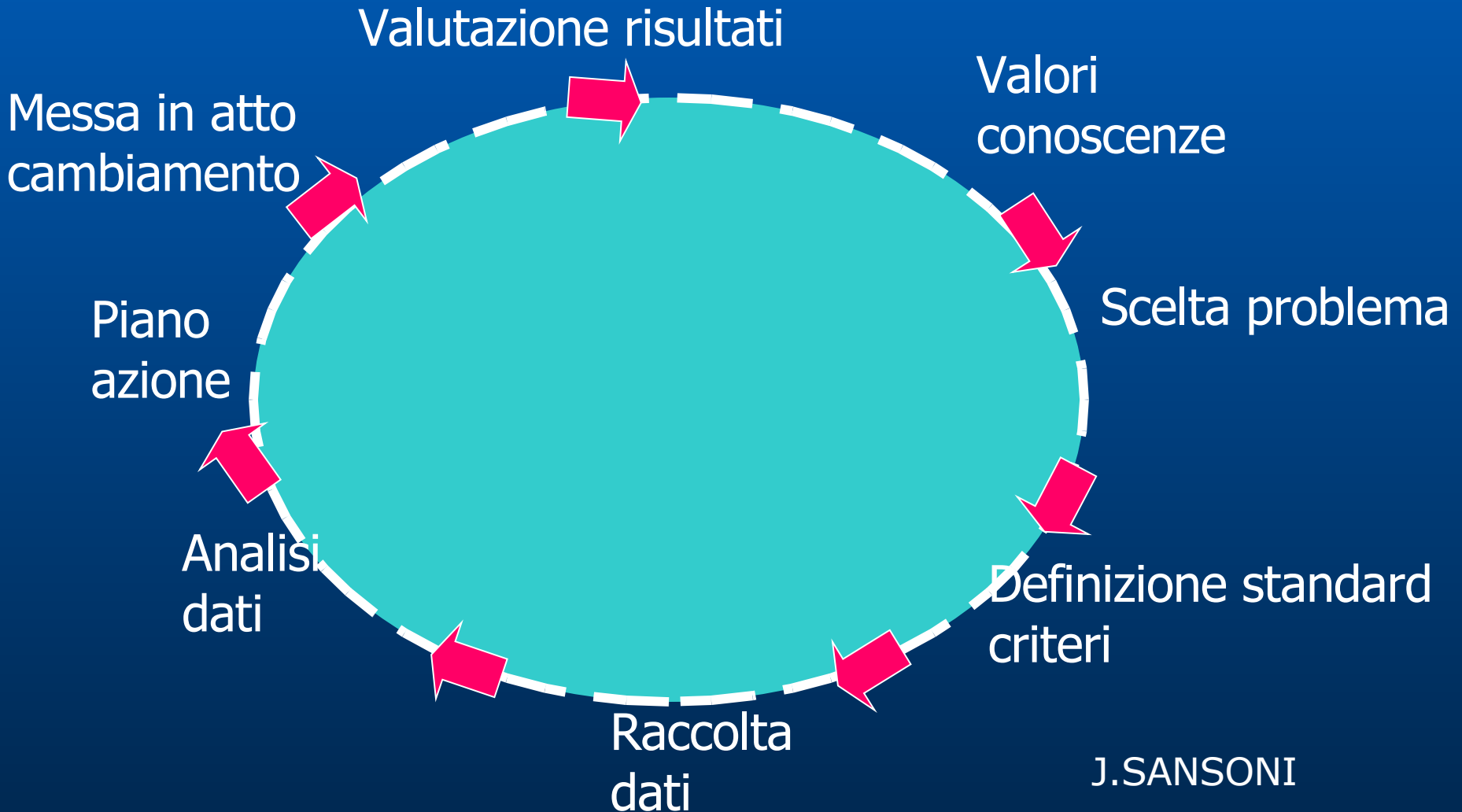
P. Bergese Bogliolo

Management Infermieristico 2/00

Valutare la qualità'

- Norme e criteri di qualità dell'assistenza
- Elaborare lo strumento di misura (griglia)
- Convalidare la griglia
- Misurare la qualità della presa in carico dei pazienti
- Mettere in atto un piano per il cambiamento
- Valutare di nuovo

DYNAMIC STANDARD SETTING SYSTEM O SISTEMA DINAMICO (DYSSY) È un metodo per **elaborare monitorare e valutare** gli Standard di assistenza necessari per migliorare la qualità dell'assistenza : GLI INFERMIERI STABILISCONO STANDARD E MONITORIZZANO I LIVELLI DI ASSISTENZA .Identifica criteri di **struttura processo e risultato**



LA GESTIONE "ideale" della MODALITA' COMUNICATIVA

- Necessità di accordo preliminare d'équipe
- Chiarezza di linguaggio; Ambiente (privacy, confort)
- Informazioni: franche, direttamente al paziente
- Rispetto della volontà della persona di non essere informata.
- Medico fornisce informazioni cliniche; l'infermiere basa l'informazione sulle esigenze della persona.
- Necessità di far esprimere alla persona i sentimenti.

■ La Cura

La cura è quella relazione in cui rapportandosi al mondo e agli altri *ne va di noi stessi, del nostro rapporto con le possibilità esistenziali*. Perciò è contemporaneamente cura di sé e cura degli altri

(Palmieri,2000)

QUANDO



COME

DOVE

COMUNICARE

CON IL

MALATO

QUANDO

- ◆ Al momento opportuno e con contenuto adatto al singolo malato
- ◆ In ogni fase della malattia

COME

- ◆ Linguaggio adeguato, chiaro, semplice
- ◆ Atteggiamento colloquiale e positivo
- ◆ Evitare prospettive senza uscita

DOVE

- ◆ In diverse sedi (casa, ambulatorio, ospedale)
- ◆ In un ambiente confortevole e privato che possa garantire la riservatezza

INFERMIERE

ART.4.2 L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali...Codice deontologico art.4.2

ART.4.5 GARANTISCE LE INFORMAZIONI RELATIVE AL PIANO DI ASSISTENZA SI ADOPERA AFFINCHE' LA PERSONA DISPONGA DI INFORMAZIONI GLOBALI NEL RISPETTO DELLA SCELTA DI " NON ESSERE INFORMATO "

ART.4.6 L'INFERMIERE ASSICURA E TUTELA LA RISERVATEZZA DELLE INFORMAZIONI

ART.4.11 TUTELA L'OPINIONE DEL MINORE RISPETTO ALLE SCELTE TERAPEUTICHE

● L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa..D.M 739/94

CRITERI DA ADOTTARE NELLA BUONA INFORMAZIONE

- LUOGO ADATTO: CONFORTEVOLE, APPARTATO, SENZA INTERRUZIONI
- ATTEGGIAMENTO CORRETTO: PRESENTARSI, STRINGERE LA MANO, SEDERSI, RIMUOVERE GLI OSTACOLI, SPEGNERE IL CELLULARE, DEDICARE IL TEMPO NECESSARIO, NON GUARDARE IN CONTINUAZIONE L'OROLOGIO O IL TELEFONO CHE SQUILLA.

METODOLOGIE E STRUMENTI

- LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA E' STRUMENTO DI LAVORO INDISPENSABILE PER GARANTIRE CONTINUITA' ASSISTENZIALE:
- DIAGNOSI ASSISTENZIALE
- PIANIFICAZIONE
- INTERVENTI
- ATTUAZIONE
- VALUTAZIONE

LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA E' UN INDICATORE DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA PERSONALIZZATA

- **LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA
GARANTISCE :**
- **LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE DELLA PERSONA**
- **LA PERSONALIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA**
- **LA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI**

LA BUONA RELAZIONE

- CENTRATA SUL PAZIENTE
- PREVEDE LA COMPARTECIPAZIONE DEL PAZIENTE (EMPOWER)
- E' NECESSARIA LA CONDIVISIONE DEL PROGETTO ASSISTENZIALE DA PARTE DEL PAZIENTE E DEI FAMILIARI
- OCCORRE COSTRUIRE IL SUPPORTO (COUNSELING) SUI BISOGNI DEL PAZIENTE

DAVVERO E' IMPORTANTE UNA BUONA RELAZIONE?

- **ABILITA' COMUNICATIVE ADEGUATE :**
- **RIDUCONO L'ANSIA ATTRAVERSO LA FIDUCIA E UN RAPPORTO CHE SI INSTAURA, UN ALLEANZA DURATURA .**
- **AUMENTANO NEL PAZIENTE IL SENSO DI CONTROLLO QUANDO OPZIONI DIVERSE SONO POSSIBILI**
- **PERMETTONO DI DISCUTERE E AFFRONTARE PREOCCUPAZIONI CHE SONO DI OSTACOLO AL PROGETTO DI CURA ASSISTENZIALE.**
- **PROMUOVONO L'ADATTAMENTO DELLA PERSONA AGLI OSTACOLI DIVERSI CHE VIA VIA SI PRESENTANO**
- **RIDUCONO IL RISCHIO DI BURN-OUT**
- **PROMUOVONO L'ENGAGEMENT**

ABILITA' COMUNICATIVE NELLA BUONA RELAZIONE

- ESSE DEVONO ESSERE APPRESE , NON SONO INNATE , DEVE ESSERE PRESTATATA ATTENZIONE A QUANDO E COME USARLE
- **EFFETTI DELLA COMUNICAZIONE : LE 5 E**
- ADAPTED FROM FRANKEL RM, STAIN T, J MED PRACT MANAGE, 2001



LE 5 E

- ENGAGEMENT (INGAGGIARE IL PAZIENTE)
- ELICIT (ELICITARE LA COMPRENSIONE DEL PAZIENTE)
- EDUCATIONS (EDUCARE)
- EMOTIONS (EMOZIONI)
- ENLISTING (OTTENERE LA COLLABORAZIONE DEL PAZIENTE E DELLA FAMIGLIA)

- **ENGAGEMENT (INGAGGIARE)**: E' STABILIRE UN RAPPORTO, MERITARE LA FIDUCIA DELL'ALTRO
- **ELICIT (ELICITARE)**: FAR EMERGERE LE ASPETTATIVE DELLA PERSONA , COMPRENDERE CIO' CHE EGLI HA CAPITO DI QUELLO CHE STIAMO FACENDO , PERMETTE DI AFFRONTARE INCOMPRENSIONI E ASPETTATIVE NON REALISTICHE.
- **EDUCATION (EDUCARE)** : EDUCARE ALLE AUTOCURE RIDUCE L'INCERTEZZA CHE ALIMENTA L'ANSIA . ARTICOLARE UN PROGETTO DA CONDIVIDERE ASSIEME INDUCE NELLA PERSONA SPERANZA E SENSO DI APPARTENZA ALLA " FAMIGLIA DELLA CURA " , L'EQUIPE TERAPEUTICA.

ENLISTING : (COLLABORAZIONE) : OCCORRE IDENTIFICARE IL RUOLO CHE IL PAZIENTE E LA FAMIGLIA POSSONO GIOCARE NEL PIANO DI TRATTAMENTO , CIO' PERMETTE DI FAVORIRE UNA RELAZIONE CON L'EQUIPE TERAPEUTICA

- **C-L-A-S-S** : TECNICA PER RAGGIUNGERE ALCUNI OBIETTIVI NELLA COMUNICAZIONE .

Analisi narrativa

Le storie sono strumenti che ci permettono di guardare nella vita dei malati con una chiarezza simile a quella raggiunta dalle apparecchiature tecniche che permettono ai medici di guardare dentro i corpi dei pazienti

R. Charon 1985

C-L-A-S-S

- CONTEXT : CONTESTO E RELAZIONE
- -AMBIENTE FISICO
- -ACCOGLIENZA
- -SEDERSI
- -CONTATTO VISIVO

CREARE UNA BUONA RELAZIONE C-L-A-S-S

- **C- (CONTEXT):** E' IL LUOGO DELL'**IMPRINTING**
AVERE CURA DEL CONTESTO, MIRARE ALLA RELAZIONE
- **L-(LISTENING):** INCREMENTARE LA CAPACITA' DI ASCOLTO
- **A-(ADDRESSING EMOTIONS)** ACCOGLIERE LE EMOZIONI UTILIZZANDO ESPRESSIONI **EMPATICHE,NORMALIZZANTI ED ESPLORATIVE**
- **S-(STRATEGY)** STRATEGIE DI GESTIONE E COUNSELING
- **S-(SUMMARY)** RIEPILOGO

C-L-A-S-S

- **ADDRESSING EMOTIONS : RILEVARE LE EMOZIONI PERCEPITE SULLA CARTELLA INFERMIERISTICA**

E-V-E : TRE TECNICHE PER AFFRONTARE LE EMOZIONI:

OGNI RISPOSTA AD UN'EMOZIONE POTREBBE ESSERE UNA DI QUESTE
EXPLORING (ESPLORATIVA) **CONFRONTARSI CON LE EMOZIONI** Come va?

VALIDATING (CONVALIDANTE , NORMALIZZANTE) **CONVALIDARE** CAPISCO COME POSSA SENTIRSI.

EMPATHIZING (EMPATICA) **MOSTRARE EMPATIA** SONO QUA' ASSIEME A LEI PER AIUTARLA PER QUELLO CHE POSSO, SONO DISPONIBILE AD ASCOLTARLA SE VUOLE .

AFFRONTARE LE EMOZIONI DEL PAZIENTE

TECNICHE	ESEMPIO	RISULTATO
ESPRESSIONI EMPATICHE <u>EMPATHIZING</u>	"POSSO CAPIRE QUANTO TUTTO CIO'LA STIA SCONVOLGENDO	IL PAZIENTE PERCEPISCE COME L'INFERMIERE E' IN SINTONIA CON LUI
ESPRESSIONI NORMALIZZANTI <u>VALIDATING</u>	" E' FREQUENTE PER I PAZIENTI SENTIRSI COSI'.	IL PAZIENTE SI SENTE PIU' NORMALE
DOMANDE ESPLORATIVE <u>EXPLORING</u>	"PUO' DIRMI COSA STA PENSANDO IN QUESTO MOMENTO" ?	IL PAZIENTE SENTE CHE L'INFERMIERE E' INTERESSATO

ESPRESSIONI EMPATICHE UNITE AD ESPRESSIONI NORMALIZZANTI E A DOMANDE ESPLORATIVE = SUPPORTO

RISPOSTA EMPATICA :L'OBIETTIVO E' DI RICONOSCERE I SENTIMENTI DEL PAZIENTE

IL PAZIENTE (SENTE) AFFERMA	L'OPERATORE PUO' DIRE
(ARRABBIATO) " NESSUNO MI AVEVA DETTO CHE CI VOLEVA TANTO TEMPO PER RIMETTERSI	"E' STATO MOLTO FRUSTANTE PER LEI...."
(FELICE) " E'SPLENDIDO ,OGGI HO AVUTO DELLE BUONE RISPOSTE, LA MALATTIA E' SOTTO CONTROLLO".	" MI SEMBRA DI NOTARE CHE OGGI E' UNA BUONA GIORNATA ".

C-L-A-S-S

- **STRATEGY: STRATEGIE**
- **SPIEGARE INFORMAZIONI
IN "PICCOLE DOSI"**
- **SVILUPPARE UN PIANO PER IL
FUTURO**
- **OFFRIRE AL PAZIENTE LA
POSSIBILITA' DI SCEGLIERE**

ABILITA' COMUNICATIVE

IL METODO S-P-I-K-E-S

- UN'APPLICAZIONE IN SEI PASSI DEL METODO C-L-A-S-S PER LA GESTIONE DELLE CATTIVE NOTIZIE
BAILE, BUCK MON ET AL , THE ONCOLOGIST , 2000
- UNA CATTIVA NOTIZIA E' QUALUNQUE NOTIZIA IN GRADO DI MODIFICARE GRAVEMENTE O NEGATIVAMENTE LA VISIONE DEL FUTURO DA PARTE DEL PAZIENTE BUCKMAN ,1990
- LE CATTIVE NOTIZIE IN ONCOLOGIA :
 - DIAGNOSI DI CANCRO
 - PROGnosi INFAUSTA COMUNICATA DAL MEDICO
 - CONSAPEVOLEZZA RECIDIVA DELLA MALATTIA
 - FALLIMENTO DELLA CURA
 - EFFETTI COLLATERALI IRREVERSIBILI(STERILITA' MUTILAZIONI)
 - FINE DELLE TERAPIE ATTIVE CONTRO LA MALATTIA
 - COMPLICANZE IMPORTANTI
 - PROSPETTIVA DOMICILIARITA' O HOSPICE

GLI SPIKES (Baile e altri, 2000)

6 STEPS PER STARE ACCANTO QUANDO E' STATA COMUNICATA UNA "CATTIVA NOTIZIA".

- **SETTING CONTESTO** PREPARARE L'AMBIENTE DI RELAZIONE, IL AMBIENTALE
- **PERCEPTION** PERCEZIONE, CAPIRE COSA IL PAZIENTE HA CAPITO
- **INVITATION** INVITO, RICEVERE DAL PAZIENTE IL BISOGNO DI ULTERIORI SPIEGAZIONI
- **KNOWLEDGE** ORIENTARE LA SPIEGAZIONE SUL TERRENO DELLA CONOSCENZA DEL PAZIENTE , SENZA DRAMMATIZZARE, L LASCIARE APERTA LA PORTA DELLA SPERANZA
- **EMOTION** EMPHATIZING AND EXPLORING ESSERE EMPATICI E ESPLORARE LE EMOZIONI
- **STRATEGY AND SUMMARY** PIANIFICARE E RIASSUMERE

RICAPITOLANDO

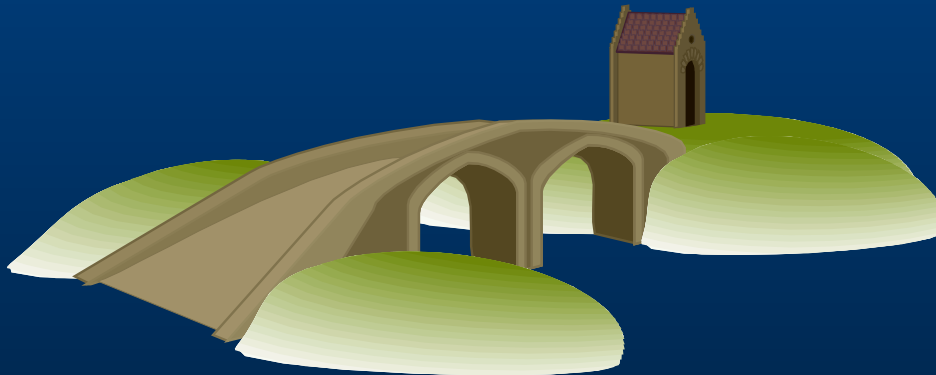
- **ABILITA' COMUNICATIVE PORTANO A RISULTATI CLINICI ED ASSISTENZIALI SIGNIFICATIVI**
- **LE ABILITA' POSSONO ESSERE APPRESE MA E' NECESSARIO FAR PRATICA**
- **C-L-A-S-S E'UN ACRONIMO UTILE PER RICORDARE I PASSI FONDAMENTALI PER UNA BUONA COMUNICAZIONE CON IL PAZIENTE**

l'assistenza infermieristica non ha come obiettivo quello di sostituirsi alla persona in difficoltà, ma di aiutarla ad utilizzare nella maniera più adeguata le sue potenzialità residue, fisiche, psicologiche e sociali.

L'informazione rimane una semplice acquisizione di contenuto. L'educazione è la trasformazione del contenuto informativo in comportamento modificato.

E' un atto creativo

- **OPERATORI / PAZIENTI**
- STRESS LAVORATIVO :
- Il rapporto tra operatori e pazienti diventa molto spesso conflittuale.
- Questo porta a una svantaggiosa separazione delle parti con atteggiamenti di rivalsa e difesa che non consentono alle parti stesse di stabilire quel fondamentale terreno per un rapporto proficuo che è la **fiducia**
- **Una comunicazione efficace permette di ridurre questa conflittualità perchè determina il riconoscimento dei bisogni dell'altro**
- **La comunicazione è perciò come il "ponte" che unisce due entità apparentemente separate ma in realtà facenti parti dello stesso panorama**



- **Empowerement**
- Concentrarsi più su le risorse che sulle mancanze
- Capire come procedere a partire dal bisogno (spesso inespresso)
- Intervento “inteso soprattutto come potenziale di sviluppo e di progettualità per chiedersi *chi è l'altro*”
- **C'è distinzione tra il dolore e la sofferenza: il dialogo ha un'efficacia terapeutica in quanto può lenire la sofferenza del soggetto**
- **L'operatore sanitario non può, nella decisione, sostituire il paziente che rimane l'agente principale. Deve collaborare con il paziente in vista del suo bene**

“ **empowered** “ è un cittadino che comprende e sceglie correttamente informato , è consapevole dell’ambiente con cui interagisce e si rapporta produttivamente con gli altri, pianifica per il futuro ; diventa un protagonista attivo della propria vita e del proprio benessere e interagisce in maniera attiva , non subisce quindi eccessive pressioni dagli operatori della salute , ma è in grado di prendere in autonomia decisioni importanti, quelle sul proprio destino di salute.

Il medico degli schiavi secondo Platone

APPROCCIO CARING

■“Dunque ti rendi anche conto del fatto che, essendoci negli stati malati che sono schiavi e malati che sono liberi gli schiavi curano gli schiavi , correndo spesso a casa loro o aspettandoli negli ambulatori, e **nessuno di tali medici fornisce o accoglie ragione intorno alle singole malattie di ciascuno, ma prescrive ciò che gli sembra opportuno in base all'esperienza che ha, come se fosse perfettamente competente, con vanagloria come un tiranno**, e quindi se ne va da un altro schiavo malato, e allieva così al padrone la cura dei malati”

Il medico dei liberi ... invece...

APPROCCIO UNCARING

■“Il medico libero, invece, cura e studia nella maggior parte dei casi le malattie dei liberi, esaminandole sin dal principio e secondo la loro natura, e **rende partecipe l'ammalato stesso e i suoi amici della sua indagine e lui stesso apprende qualcosa dai malati**, e, nello stesso tempo per quanto gli è possibile, insegna al malato; **e non prescrive nulla prima di averlo prima convinto**, e allora, **rendendolo docile e preparando il paziente mediante la persuasione** tenta di riportarlo perfettamente alla salute.”

**“LA QUALITA’ TOTALE E’
UN OBIETTIVO UTOPICO
, MAI PIENAMENTE
RAGGIUNGIBILE , MA E’
ANCHE UN OBIETTIVO
POTENZIALMENTE
MOBILITANTE , CHE
PUO’ SOLLECITARE
IMPEGNI , ATTIVARE
ENERGIE ”.**

S.TONELLI.

