

L'EVOLUZIONE DEL RUOLO DELL'INFERMIERE NEL SOCCORSO EXTRAOSPEDALIERO: QUALI STRATEGIE PER VALORIZZARE LE COMPETENZE AVANZATE.

THE EVOLUTION OF THE ROLE OF THE NURSE IN THE EXTRA-HOSPITAL RESCUE: WHAT STRATEGIES FOR VALORIZING ADVANCED SKILLS.

Elaborato di

Dott.ssa Borrelli Samanta (infermiere ASL CN1),

Dott.ssa Contartese Angela Patrizia (infermiere ASL CN1),

Dott.sa Crudo Valeria (infermiere ASL CN1),

Dott. Ficara Roberto (infermiere ASL CN1),

Dott.ssa Panebianco Sabrina (infermiere ASL CN2)

Dott.ssa Zunino Cristina (infermiere ASL CN1).

Abstract

Introduzione e obiettivo

La competenza avanzata è la capacità di un soggetto già esperto di agire nei confronti di un problema non solo utilizzando in modo produttivo le proprie esperienze pregresse ma progettando, negoziando e realizzando nuove soluzioni.

Obiettivo: Descrivere le percezioni di infermieri del 118 rispetto l'utilizzo delle competenze infermieristiche avanzate nel passaggio di informazioni con metodo SBAR nel soccorso extraospedaliero e rilevare le strategie che possono facilitarne e valorizzarne l'implementazione.

Materiali e metodi

Studio osservazionale descrittivo. Il questionario, disponibile *on line* a marzo 2016, rivolto agli infermieri del 118 mappa lo stato dell'arte sulla comunicazione e rileva le strategie facilitanti e valorizzanti l'implementazione della competenza avanzata infermieristica nel passaggio di informazioni con metodo SBAR nel soccorso extraospedaliero. Sono state condotte analisi descrittive.

Risultati

Sono stati compilati 41 questionari.

Conclusioni

Tra le strategie di implementazione si potrebbe ipotizzare di riconoscere maggior autonomia sia agli infermieri che concludono percorsi di formazione post laurea sia a coloro che dimostrano di possedere la capacità di progettare, negoziare e realizzare nuove soluzioni.

Parole chiave: infermiere specializzato, ruolo infermieristico, ruolo professionale, infermiere clinico.

Key words: clinical nurse specialist, nurse's role, professional role, nurse clinicians.

Abstract

Introduction and objectives

The advance competence it is ability of an experienced staff to approach a problem not only by using in the most productive way the experience gained but also planning, negotiating and implementation/finding new solutions.

Objective

Describe nurses perception of the emergency toward communication using the SBAR methods during emergency procedure and identify strategies to facilitate the implementation.

Reference and methods

Observer descriptive study: The questionnaire which is available on line from March 2016 is designed for emergency nurses to analyse the level of communication and it shows strategies to implement the advance nursery competence during hand over with SBAR methods while performing emergency procedure outside hospital facilities. Research has been conducted.

Results

41 questionnaire filled

Conclusions

Among new implementation strategies it would be worth to consider to grant higher accountabilities to nurses who gain extra qualification and in general to staff with planning, negotiations and implementation skills.

Key words: clinical nurse specialist, nurse's role, professional role, nurse clinicians.

INDICE

Introduzione.....	3
Obiettivo dello studio.....	11
Materiali e metodi.....	12
Disegno dello studio.....	12
Strumento di raccolta dati.....	12
Procedura di raccolta dati.....	13
Analisi dei dati.....	14
Considerazioni etiche.....	14
Risultati.....	14
Discussione.....	21
Conclusione.....	23
Bibliografia.....	25
Allegati.....	32

Introduzione

Negli ultimi decenni abbiamo assistito a profonde mutazioni all'interno del panorama sanitario e tutto ciò è avvenuto di pari passo con l'evoluzione della professione infermieristica . (Menghini e Vacca, 2001) (Gamberoni et al, 2008)

Nell'emergenza il ruolo dell'infermiere, con l'istituzione del numero unico 118, inizia a subire un profondo cambiamento e all'interno dell'articolo 4 comma 2 del DPR 27/03/1992 inizia a comparire la presenza nelle Centrali Operative di personale infermieristico adeguatamente addestrato/formato con responsabilità operativa.

L'assistenza al paziente in urgenza non inizia con l'arrivo dell'ambulanza o dal suo accesso in Pronto Soccorso, ma dal momento della richiesta di aiuto al numero 118. Con la pubblicazione delle linee guida per il sistema di emergenza – urgenza in applicazione al DPR 27/03/1992 viene definita la funzione dell'infermiere di *triage* il quale è il professionista che accoglie e valuta i pazienti in base a criteri che consentono di stabilire le priorità d'intervento. L'infermiere che svolge questa funzione deve essere adeguatamente formato.

Questo impone all'infermiere di specializzarsi al fine di acquisire delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che gli permettano di fornire prestazioni infermieristiche competenti.

Un valore aggiunto arriva anche dal Codice Deontologico e dal Profilo Professionale dell'infermiere i quali prevedono che il professionista aggiorni le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza e fondare il proprio operato su conoscenze valide e aggiornate tali da garantire le cure e l'assistenza più efficaci.

Non c'è posto all'improvvisazione vista l'evoluzione continua nell'approccio al paziente critico e l'esempio prioritario arriva col passaggio dallo *scoop and run* o dal *load go and play* allo *stay and play*.

La distinzione fra i professionisti non è data semplicemente dal titolo acquisito, ma tale distinzione viene determinata da una serie ulteriore di caratteristiche che sono fondamentali per l'infermiere di area critica e tra queste ritroviamo:

- la preparazione specifica (tecniche e metodiche comportamentali che permettono la padronanza in regime di urgenza dove per tecniche s'intende BLS *basic life support*, PBLS *pediatric basic life support*, ACLS *advanced cardiac life support*, PHTLS *pre hospital trauma life support*, conoscenze approfondite sulla metodica del *triage*, conoscenza e abilità nella gestione e impiego delle tecnologie, strumentazione e presidi assistenziali mentre per metodiche s'intende la gestione dell'emotività e la comunicabilità);
- l'esperienza (l'acquisizione diretta, sia teorico che pratica, di nozioni che garantiscono sia la veloce valutazione della gravità del paziente che l'assistenza mirata al problema);
- la professionalità (caratteristica personale che nasce con il professionista, insieme alla consapevolezza e al suo credo convinto verso i valori, principi che rendono la professione importante nella società);
- l'elasticità mentale (è una delle caratteristiche necessarie al personale che opera nell'emergenza extraospedaliera: ogni intervento non sarà mai corrispondente all'altro neanche se a parità di codice e patologia). (Di Giacomo, 2008)

Ma il professionista infermiere con competenze avanzate chi è?

Il termine competenza è quasi diventato un *slogan*, ma per non perdere la ricchezza della riflessione che si è prodotta intorno a questo concetto si ritiene opportuno sottolineare che la lingua parlata rimanda ai concetti di abilità, capacità sia per cultura che per esperienza. (Faiella, 2015)

La competenza comporta il saper integrare conoscenze e capacità e saperle mettere in opera. (Faiella, 2015)

Una delle fondamentali pubblicazioni infermieristiche su questo tema è indubbiamente quella di Patricia Benner la quale si è ispirata ai lavori di H. Dreyfus e S.E. Dreyfus che propongono 5 stadi di sviluppo dell'*expertise* in una determinata pratica: *novice*, *advanced beginner*, *competent*, *proficient* e *expert*. (Faiella, 2015)

L'ultimo stadio è caratterizzato dal fatto che la persona non è vincolata alle regole, le ma consente di prendere decisioni sulla base di rapidi e consapevoli calcoli di ciò che quella determinata situazione richiede. Sebbene la traduzione italiana potrebbe utilizzare la parola "*esperto*" è da sottolineare come il significato appropriato attribuibile a tale livello rimanda molto più chiaramente al concetto di "*competenza avanzata*".

La competenza avanzata si riferisce alla capacità di un soggetto già esperto di agire nei confronti di un problema non solo utilizzando in modo produttivo le proprie esperienze pregresse ma progettando, negoziando e realizzando nuove soluzioni. (Faiella, 2015)

L'esperto si pone di fronte al problema con buona capacità di inquadramento della situazione da affrontare, il competente avanzato attiva e sviluppa due capacità: una in rapporto alla comprensione del problema, l'altra alla sua soluzione.

Quindi per divenire un professionista con competenza avanzata è essenziale un'estensione della competenza esperta attraverso lo sviluppo di una robusta e ampia base teorica accompagnata da un'esperienza pratica, un'approfondita riflessione sull'infermieristica nel suo insieme e una trasformazione personale che conduce a una pratica anch'essa trasformativa.

È subito da precisare che lo sviluppo della capacità innovativa propria del professionista con competenza avanzata non si può concludere con un ciclo formativo di laurea magistrale, ma deve essere il frutto di un processo di maturazione graduale e complessiva del soggetto spinto alla ricerca (teoria- pratica- concettualizzazione della pratica) (Faiella, 2015).

Alla luce di queste considerazioni si deduce che l'infermiere nel soccorso extraospedaliero con competenza avanzata è un professionista sicuramente più qualificato e allo

stesso tempo sottoposto a un'alta fonte di *stress* correlato a sforzo fisico, alla difficoltà, alla gravità delle scelte richieste e alla valutazione della realtà concomitante a elevato rischio per il paziente. Devono essere fatte valutazioni e scelte rapide da cui dipende la sopravvivenza dell'utente e allo stesso tempo queste devono essere comunicabili senza rischio di interpretazione errata, incomprensioni e dilungamento con parole superflue.

L'infermiere operatore telefonico della Centrale Operativa durante la richiesta di soccorso esegue un'intervista attraverso il *triage* telefonico che si basa su criteri dinamico – situazionali e criteri clinici (Faiella, 2015). Nell'area dell'emergenza - urgenza il *triage* viene effettuato dall'infermiere operatore telefonico della centrale operativa del 118, dall'infermiere a bordo del mezzo di soccorso sul luogo dell'evento e al momento dell'accettazione in Pronto Soccorso. Questa metodica si basa sul ragionamento clinico, su una riflessione critica, sull'esperienza pratica e sullo stile personale dell'infermiere professionista che lo svolge. Per attribuire un codice d'urgenza e per attivare i mezzi e l'equipaggio è fondamentale considerare i criteri clinici che si basano sull'esperienza propedeutica professionale dell'infermiere, su protocolli e sul sistema *Dispatch* basato su linee guida internazionali.

Attraverso l'utilizzo di questo protocollo l'infermiere sarà in grado, grazie a domande specifiche volte al chiamante, di ottenere tutte le informazioni necessarie a definire la condizione di emergenza-urgenza, le priorità possibili e ad individuare il sintomo principale in meno di un minuto. Le domande poste daranno all'infermiere indizi sul presunto stato di salute del paziente, sulla possibilità di un potenziale pericolo per la vita della persona e sulla possibilità che un intervento tempestivo possa modificare la prognosi dell'utente. Le domande che l'infermiere pone riguardano lo stato di coscienza del paziente, le attività e le caratteristiche del respiro, la presenza o assenza di emorragie visibili in atto e il problema-sintomo principale che la persona presenta. La valutazione per l'assegnazione del codice colore con cui verrà inviato il soccorso comprenderà inoltre il luogo in cui si è verificato l'evento, la dinamica, eventuali patologie correlate, il numero eventuale delle vittime, gli utenti incoscienti. Un'altra importante

caratteristica del protocollo *Dispatch* è che, nell'attesa dei soccorsi, l'operatore telefonico della centrale operativa 118 offre istruzioni precise di comportamento al chiamante, denominate Istruzioni Pre-Arrivo dell'ambulanza (IPA), sempre per ridurre al minimo l'intervallo di tempo in cui il paziente rimane senza cure adeguate. Se non si hanno informazioni precise, non si è in grado di valutare la situazione e quindi si rischia di sopra-(o sotto) valutare l'evento e attivare risorse non idonee all'effettuazione di un intervento di soccorso rapido ed efficace.

L'intervista telefonica, che quindi cerca di ottenere informazioni chiare e utili a garantire un soccorso tempestivo ed efficiente, può essere brevemente riepilogata nelle seguenti domande:

- il numero telefonico di chi sta chiamando che, al termine della chiamata, deve essere lasciato libero e rintracciabile dall'operatore telefonico della centrale operativa del 118;
- dove è richiesto il soccorso (località, via e numero civico) ed eventuali punti di riferimento che possono aiutare i soccorritori a trovare il luogo;
- cosa è successo (incidente stradale, malore, infortunio sul lavoro, incidente domestico, malattia ...) con particolare riferimento a ciò che vede il chiamante;
- quante persone o mezzi stradali sono coinvolti (in caso d'incidente);
- condizioni generali dell'utente (stato di coscienza, attività respiratoria, presenza di emorragie, localizzazione del dolore, ...);
- presenza di pericoli imminenti per i soccorritori (sostanze tossiche, infiammabili, strutture pericolanti ...).

Terminata l'intervista telefonica l'operatore attribuisce il codice colore che ritiene più opportuno, seguendo le indicazioni contenute nel Decreto 15 maggio 1992 "Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza".

Come si evince con quanto citato fin ora l'aspetto comunicativo è un punto cardine dell'agire professionale, ma siamo in grado di comunicare in modo efficace i dati in nostro possesso agli altri operatori? Il nostro modo di comunicare cambia in base alla situazione (critica vs *routine*)? Il passaggio delle informazioni tra il personale del servizio di emergenza 118 e il personale di Pronto Soccorso ha importanti implicazioni per la cura del paziente. È essenziale quindi che la trasmissione delle informazioni avvenga in maniera completa e corretta, rapida ed efficace⁴.

Probabilmente le risposte a queste domande possono essere molteplici ma uno studio osservazionale ha evidenziato che la maggior parte dei soccorritori non rispetta un ordine progressivo nel passaggio delle informazioni e nel 30% dei casi l'ordine è completamente casuale. Adottare un modello standardizzato nel passaggio di consegne può migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'intervento. L'utilizzo del metodo SBAR anche in emergenza potrebbe essere la soluzione, in quanto favorisce la trasmissione delle informazioni in maniera semplice, completa, sintetica e ordinata (Biscaro e Benetton, 2016).

Se pur in un ambiente intraospedaliero, la SBAR è stata utilizzata per aumentare la sicurezza al paziente e rendere evidenti tutte le azioni compiute al fine di snellire il percorso e di fornire la cura e assistenza più appropriata. I risultati rilevano l'efficacia di tale metodo (Blogni et al,2013).

La SBAR è una tecnica di comunicazione codificata, standardizzata e sicura di trasferimento delle informazioni tra professionisti in qualunque fase del percorso terapeutico del paziente, sia per i passaggi verbali sia per quelli scritti, sia in *routine* sia in urgenza.

Tale metodo permette un passaggio di informazioni conciso, veloce completo e ordinato diminuendo incomprensioni, perdite di tempo e informazioni incomplete.

Questa tecnica, introdotta in origine per il passaggio di comando nei sottomarini nucleari, è oggi quella più diffusa. L'OMS dà ampio risalto a questa metodica, inserendola nel 2009 a pieno titolo tra i "*Communication tools*" per la sicurezza dei pazienti,

in ambito sanitario è stato ampliato per la prima volta alla fine degli anni 90 negli ospedali americani dall'anestesista statunitense Michael Leonard.

SBAR è l'acronimo di:

S situation (situazione) = identificazione del paziente e attuale situazione clinica della persona

- Presentazione dell'operatore con nome e cognome e ruolo professionale (se l'interlocutore non è noto, es. telefonata dal medico di base al referente ospedaliero);
- Nome e cognome, età, genere ed eventuale locazione del paziente;
- Breve descrizione della situazione attuale fonte di preoccupazione (problema principale del paziente che spinge a parlarne mediante la metodologia SBAR).

B background (contesto) = anamnesi, storia precedente (ma anche storia socio –familiare se pertinente), terapia in atto, ...

- Motivo del ricovero/intervento e data del ricovero/intervento;
- Problemi anamnestici significativi;
- Terapia attuale.

A assessment (valutazione) = la situazione clinica attuale parametri vitali (A.B.C.D.E.), farmaci somministrati, presidi utilizzati.

- Parametri vitali;
- Impressioni cliniche;
- Preoccupazioni.

R recommendation (raccomandazione/richiesta)= riguarda tutto ciò che dovrebbe essere effettuato, formulando suggerimenti.

- Spiegare ciò di cui si ha bisogno indicando con precisione la richiesta e i tempi;
- Chiarire le aspettative;

- Dare dei suggerimenti su come agire/ esplicitare come si intende procedere.

La SBAR fornisce una *check list* per presentare in modo chiaro e completo e rispettando sempre una certa sequenza i dati importanti riferiti alla situazione pregressa e attuale del paziente, mettendo in evidenza ciò che è raccomandato fare nelle ore a seguire. La SBAR infatti favorisce la costruzione di schemi mentali, velocizzando il passaggio di informazioni tra i differenti operatori fronteggiando inoltre la problematica della componente emotiva della comunicazione verbale.

I contenuti della comunicazione variano a seconda dell'obiettivo e degli attori coinvolti. Un passaggio di informazioni tra due professionisti esercitanti in chirurgia o in medicina richiede una più approfondita valutazione della sezione "*Background*" volta a dare precise informazioni anamnestiche, mentre in una situazione di emergenza (come il caso descritto successivamente) è più importante soffermarsi sull' "*Assessment*" fornendo perciò solo le informazioni relative alla storia clinica del paziente. Mentre la fase delle "*Reccomandation*" viene gestita in modo diverso a seconda dei ruoli degli attori coinvolti.

Proponiamo un esempio mettendo in pratica come si potrebbe utilizzare il metodo SBAR tra *équipe* 118 e infermiere di *triage*.

SITUAZIONE: siamo l'equipaggio della C... uomo di 28 anni coinvolto in un incidente stradale, codice G013S, lamenta dolore importante al bacino, sterno ed arti inferiori con evidente deformità, pallido, sudato ed agitato.

CONTESTO: DINAMICA cappottamento. CINETICA medio alta, 60/70 km/h riferita, eiettato a circa 4 mt dall'auto, no airbag no cinture. Ricorda l'accaduto, la dinamica e sostiene di non aver fatto abuso di alcool o sostanze stupefacenti. Noi siamo giunti sul posto circa 20 minuti dopo l'incidente.

VALUTAZIONE: è sempre stato vigile ed orientato, eupnoico, satura a 94% in AA, FC di 110 b/min e PA 95/65 mmHg, GCS 15 isocorico e isociclico, continua a lamentare forte dolore nonostante somministrazione di.... Lamenta inoltre dolore sternale durante l'ispirazione profonda. L'addome è trattabile e non sembra dolente. Espansione toracica simmetrica.

RACCOMANDAZIONE: sarebbe necessario...

Obiettivo dello studio

Descrivere le percezioni degli infermieri del 118 rispetto l'utilizzo delle competenze infermieristiche avanzate nel passaggio di informazioni con metodo SBAR nel soccorso extraospedaliero e rilevare le strategie che possono facilitarne e valorizzarne l'implementazione.

Materiali e metodi

Studio osservazionale descrittivo. Il questionario, disponibile *on line* a marzo 2016, rivolto agli infermieri del 118 mappa lo stato dell'arte sulla comunicazione e rileva le strategie facilitanti e valorizzanti l'implementazione della competenza avanzata infermieristica nel passaggio di informazioni con metodo SBAR nel soccorso extraospedaliero. Sono state condotte analisi descrittive.

Disegno di studio

È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo nel periodo marzo 2016.

Campione

L'indagine è rivolta a :

- infermieri che prestano servizio presso il 118;

Strumenti di raccolta dati

Il questionario (allegato 1) ha la finalità di:

- Descrivere il percepito/ le opinioni degli infermieri rispetto la comunicazione e al passaggio di informazioni con metodo SBAR;
- rilevare lo stato dell'arte rispetto la conoscenza e l'attuazione di un metodo di passaggio d'informazione e l'utilizzo della competenza avanzata infermieristica nel passaggio di informazioni con metodo SBAR;
- rilevare le strategie che possono facilitare e valorizzare l'implementazione del professionista infermiere con competenza avanzata nel passaggio di informazioni con metodo SBAR nel soccorso extraospedaliero.

È composto da 45 domande ed è suddiviso in tre sezioni:

- la prima riguarda i dati socio demografici, *curriculum* formativo/lavorativo/professionale;
- la seconda rileva la percezione degli infermieri e dei medici sulla comunicazione, il passaggio di informazione con metodo SBAR, gli aspetti che la caratterizzano, l'utilizzo della competenza avanzata nel passaggio di informazione con metodo SBAR;
- la terza rileva strategie favorevoli-valorizzanti e ostacolanti l'implementazione della competenza avanzata infermieristica nel soccorso extraospedaliero nella sfera del passaggio di informazioni con metodo SBAR.

Le domande permettono di indagare:

- l'esperienza dei professionisti in merito alla comunicazione, al passaggio di informazioni con metodo SBAR sottolineando le ricadute sulla comunicazione (1-13);

- il percepito in riferimento alla comunicazione, il passaggio di informazione con metodo SBAR e alle funzioni dell'infermiere con competenza avanzata nel passaggio di informazione con metodo SBAR (14-39);
- i fattori favorenti- valorizzanti- ostacolanti le competenze avanzate infermieristiche nel passaggio di informazioni con metodo SBAR (40-45).

Le risposte sono organizzate con modalità a risposta chiusa, con possibilità di integrare/commentare e a risposta aperta.

Le risposte sono organizzate su scala *Likert* a 4 livelli (da completamente in disaccordo a completamente d'accordo).

I questionari sono stati distribuiti *on line* attraverso l'applicativo *Google Drive*.

Procedura di raccolta dati

Nel mese di marzo 2016, previa autorizzazione, è stato inviato via *mail* il *link* per consentire l'accesso ai questionari *on line*.

Analisi dei dati

I risultati dei questionari sono stati imputati e codificati in un foglio di lavoro *Excel* ed elaborati con il programma SPSS22 per *Windows*.

Le variabili continue sono state descritte con media, deviazione standard e per le variabili discrete sono state analizzate le frequenze assolute e relative.

Considerazioni etiche

I questionari sono stati identificati con codici numerici che hanno permesso di rendere anonima l'informazione fornita.

È stato garantito l'assoluto anonimato: i dati socio-demografico richiesti sono stati trattati secondo i principi del segreto statistico (Dlgs 322 del 6 settembre 1989 art.9) dichiarando che le informazioni raccolte saranno rese note solo sotto forma di dati complessivi, anonimi e non collegabili alle singole persone.

Risultati

Sono stati compilati complessivamente 41 questionari.

Il 100 % dei professionisti esercita la professione in ambito assistenziale (centrale operativa, mezzi di soccorso avanzati, mezzi di soccorso avanzato di base)

Le caratteristiche socio-demografiche e il *curriculum* formativo/ lavorativo/ professionale sono descritte in tabella 1.

Tabella1. Caratteristiche del campione degli infermieri (N=41)

		n	%
Anni	20-29	2	(5)
	30-39	22	(54)
	40-49	11	(27)
	>50	6	(15)
	<i>Media</i>	41,4 (± 10,1)	
Anzianità lavorativa	0-10	15	(37)
	11-20	17	(41)

	21-30	7	(17)
	>30	2	(5)
	<i>Media</i>	14,6 (\pm 8,5)	
Genere	Maschi	16	(39)
	Femmine	25	(61)
Titolo di studio professionale	D.I.P.*	17	(41)
	D.U.I.**	7	(17)
	Laurea	17	(41)
Formazione post	Corso di perfezionamento	9	(22)
	Master I livello	11	(27)
	Laurea Specialistica/Magistrale	1	(2)
	Master II livello	0	
	Dottorato di ricerca	0	
	Nessuna	20	(49)

*diploma di infermiere professionale

** diploma universitario infermiere

Il 73% (30 persone di cui 15 maschi e 15 femmine) dichiara di aver frequentato qualche corso di formazione per approfondire le tecniche di comunicazione: il 17% per interesse personale (5 persone di cui 4 maschi e 1 femmina), il 67% durante la carriera lavorativa (20 persone di cui 11 femmine e 9) e 17% durante il percorso formativo (5 persone di cui 2 maschi e 3 femmine).

17 infermieri (41%) dichiarano che la comunicazione per essere efficace deve essere: chiara (2 sufficientemente d'accordo e 15 completamente d'accordo), breve/rapida (7 sufficientemente d'accordo e 10 completamente d'accordo), personalizzata (11 sufficientemente d'accordo e 6 completamente d'accordo), dettagliata (7 sufficientemente d'accordo e 10 completamente d'accordo), completa (7 sufficientemente d'accordo e 10 completamente d'accordo).

Il 63% (26 persone di cui 10 maschi e 16 femmine) dichiara di utilizzare nel proprio ambito lavorativo uno schema mentale comunicativo al fine di velocizzare il passaggio di informazioni, migliorare la qualità senza omettere notizie /informazioni rilevanti e compromettere la sicurezza e l'impatto emotivo della comunicazione orale.

Solo il 17% conosce il metodo SBAR (1 maschio e 6 femmine) e di questi solo 3 si reputano competenti all'utilizzo del metodo (il maschio e 2 femmine).

Il 90% (37 persone dei rispondenti al questionario) dichiara di essere interessato a frequentare un corso sul metodo SBAR (di cui 6 che conoscono già il metodo) e l'80% (15 sufficientemente d'accordo e 18 completamente d'accordo) ritiene che possa essere utile un corso di formazione sul metodo SBAR.

L'83% (34 infermieri) dichiara che sia utile al fine di ottimizzare il passaggio di informazione con metodo SBAR un corso di formazione.

Il 41% (17 infermieri) considerano la comunicazione una competenza necessaria allo svolgimento della tua professione.

Il 95% (39 infermieri) attribuisce il punteggio 3 e 4 (64% sufficientemente d'accordo e 36% completamente in accordo) alla definizione: "Per competenza intendiamo una

caratteristica intrinseca casualmente collegata a una performance eccellente esercitata in virtù di un ruolo. La competenza comporta saper integrare esperienza, conoscenza, capacità e saperla mettere in opera. Gli elementi che interagiscono con la competenza e di conseguenza condizionano il comportamento sono: l'attitudine, il contesto e la motivazione.”

Il 90% (37 infermieri) attribuisce il punteggio 3 e 4 (49% sufficientemente d'accordo e 51% completamente in accordo) alla definizione: “La competenza avanzata si riferisce alla capacità di un soggetto già esperto di agire nei confronti di un problema non solo utilizzando in modo produttivo le proprie esperienze pregresse ma progettando, negoziando e realizzando nuove soluzioni.”

L'85% (19 infermieri sufficientemente d'accordo e 16 completamente d'accordo) dei rispondenti definisce che la capacità innovativa propria del professionista infermiere con competenza avanzata è il frutto di un processo di maturazione graduale e complessivo del soggetto spinto grazie alla ricerca (teoria- pratica- concettualizzazione della pratica).

L'85% (35 infermieri di cui il 49% sufficientemente d'accordo e 51% completamente d'accordo) ritiene che per l'utilizzo di una comunicazione efficace esistono competenze avanzate da acquisire attraverso la formazione. Di questi 34 infermieri risultano essere sufficientemente d'accordo (13 cioè 38%) e completamente d'accordo (21 cioè il 62%) con l'affermazione: “la formazione deve essere di tipo continua (ecm)”;

11 risultano essere sufficientemente d'accordo (9 cioè 82%) e completamente d'accordo (2 cioè 18%) con l'affermazione: “la formazione deve essere di tipo accademico (laurea magistrale)”;

23 risultano essere sufficientemente d'accordo (18 cioè il 78%) e completamente d'accordo (5 cioè 22%) con l'affermazione: “la formazione deve essere di tipo accademico (master)”;

15 risultano essere sufficientemente d'accordo (11 cioè 73%) e completamente d'accordo (4 cioè 27%) con l'affermazione: “la formazione deve essere di tipo accademico (corsi di perfezionamento)”.

Il 90% (37 di cui 23 sufficientemente d'accordo e 14 completamente d'accordo) dichiarano che: "per l'utilizzo di una comunicazione efficace esistono competenze avanzate da acquisire attraverso l'esperienza pratica".

L'88% (15 sufficientemente d'accordo e 21 completamente d'accordo) pensa che la comunicazione verbale tra operatori sanitari sia differente in situazioni di routine (es. in reparto) rispetto a quelle di reale e/o potenziale emergenza (es.118).

Il 49% (19 sufficientemente d'accordo e 1 completamete d'accordo) dichiara che il modo di comunicare notizie/informazioni e' sempre uguale (standard) con il collega medico.

Il 71% (18 sufficientemente d'accordo e 11 completamente d'accordo) dichiara che il modo di comunicare notizie/informazioni e' sempre uguale (standard) con il collega infermiere.

Il 41% (15 sufficientemente d'accordo e 2 completamente d'accordo) dichiara che il modo di comunicare notizie/informazioni e' sempre uguale (standard) con il volontario.

il 56% (18 sufficientemente d'accordo e 5 completamente d'accordo) dichiara che il modo di comunicare notizie/informazioni e'sempre uguale (standard) con il collega infermiere del dea/pronto soccorso.

Il 63% (18 sufficientemente d'accordo e 8 completamente d'accordo) dichiarano che il modo di comunicare notizie/informazioni e' sempre uguale (standard) durante le comunicazioni telefoniche.

l'85% (20 sufficientemente d'accordo e 15 completamente d'accordo) ritiene che possa essere utile applicare un metodo di standardizzazione della comunicazione per la raccolta dei dati e successiva consegna del paziente e di questi il 97% (13 sufficientemente d'accordo e 21 completamente d'accordo) ritiene che una modalità di comunicazione univoca possa ridurre gli errori e limitare la perdita di informazioni.

Il 49% (20 infermieri) per ottimizzare il passaggio di informazioni con metodo SBAR consiglia di progettare corsi di formazione dove viene spiegato cos'è e come deve essere usato il metodo SBAR; il 24% (10 infermieri) consiglia di individuare infermieri formatori competenti sul metodo che lo spieghino durante riunione a piccoli gruppi permettendo ai partecipanti di sperimentarsi; il 27% (11 infermieri) consiglia di individuare gli infermieri competenti che possano sperimentarlo su campo.

Le strategie favorevoli l'implementazione delle competenze avanzate infermieristiche nel passaggio di informazioni con metodo SBAR sono state così classificate:

- 5% formalizzazione della procedura di utilizzo del metodo (2 infermieri);
- il 27% adesione della procedura di utilizzo del metodo da parte del gruppo infermieristico (11 infermieri);
- il 5% adesione della procedura di utilizzo del metodo da parte del gruppo medico (2 infermieri);
- il 63% *accountability* dell'attività dell'infermiere (26 infermieri).

Le strategie ostacolanti l'implementazione delle competenze avanzate infermieristiche nel passaggio di informazioni con metodo SBAR sono così classificate:

- 2% volontà (1 infermiere);
- 2% la *forma mentis* del professionista (non voler scardinare le gabbie mentali rimanendo vincolati al "si è sempre fatto così") (1 infermiere);
- 19% carenza di risorse economiche (8 infermieri);
- 29% carenza risorse umane (12 infermieri);
- 19% carico eccessivo di lavoro (8 infermieri);
- 15% non fiducia nella formazione dell'infermiere (è visto ancora come esecutore) (6 infermieri);

- 12% (5 infermieri) la cattiva pubblicità dei giornalisti (che definiscono l'infermiere un esecutore o un "paramedico").

Le strategie favorevoli la valorizzazione dell' infermiere competente avanzato nel passaggio di informazioni con metodo SBAR sono così classificate:

- 5% formalizzazione della procedura di utilizzo del metodo (2 infermieri);
- 12% adesione della procedura di utilizzo del metodo da parte del gruppo medico (5 infermieri);
- 32% adesione della procedura di utilizzo del metodo da parte del gruppo infermieristico (13 infermieri);
- 2% adesione della procedura sia del gruppo medico sia del gruppo infermieristico (1 infermieri);
- 34% *accountability* dell' attività dell'infermiere (14 infermieri).
- 15% riconoscimento della formazione infermieristica post laurea (6 infermieri)

Le strategie ostacolanti la valorizzazione dell' infermiere competente avanzato nel passaggio di informazioni con metodo SBAR:

- 2% volontà(1 infermieri);
- 2% la forma mentis delle persone (non voler scardinare le gabbie mentali rimanendo vincolati al "si è sempre fatto così") (1 infermieri);
- 44% carenza di risorse economiche(18 infermieri);
- 15% carenza risorse umane(6 infermieri);
- 15% (6 infermieri) carico eccessivo di lavoro
- 15% non fiducia nella formazione dell'infermiere (è visto ancora come esecutore) (6 infermieri);

- 7% il non interesse da parte della Direzione (coordinatori infermieristici, dirigenti, ecc) (3 infermieri).

Per facilitare l'implementazione delle competenze infermieristiche avanzate nel passaggio di informazioni con metodo SBAR gli infermieri consigliano di:

- Riconoscere maggior autonomia agli infermieri che concludono percorsi di formazione post laurea (possibilità di mettere in atto le tecniche apprese durante la formazione) o ad infermieri che dimostrano la capacità di progettare, negoziare e realizzare nuove soluzioni;
- Sostenere gli infermieri nel cambiamento.

Per valorizzare l'implementazione delle competenze infermieristiche avanzate nel passaggio di informazioni con metodo SBAR gli infermieri consigliano di :

- Offrire agli infermieri con competenza avanzata la possibilità di sperimentarsi;
- Offrire agli infermieri con competenze avanzate la possibilità di progettare corsi di formazione.

Discussione

Lo scopo dello studio è stato quello di descrivere le percezioni degli infermieri del 118 rispetto all'utilizzo delle competenze infermieristiche avanzate nel passaggio di informazioni con metodo SBAR nel soccorso extraospedaliero e rilevare le strategie che possano facilitarne e valorizzarne l'implementazione.

La ricerca evidenzia che i rispondenti ritengono importante la comunicazione e sono consapevoli di quanto possa migliorare gli esiti clinici, organizzativi e professionali.

Dalle risposte dei rispondenti alle affermazioni del questionario si deduce che la competenza avanzata infermieristica si riferisce alla capacità di un soggetto già esperto di agire nei confronti di un problema non solo utilizzando in modo produttivo le proprie

esperienze pregresse ma progettando, negoziando e realizzando nuove soluzioni come affermano Gamberoni L et al (2008)

Lo sviluppo della capacità innovativa propria del professionista con competenza avanzata, sempre secondo quanto percepito da medici e infermieri, è in linea con quanto espresso da Gamberoni L et al (2008): “non può concludersi con un ciclo formativo di laurea magistrale, ma deve essere il frutto di un processo di maturazione graduale e complessiva del soggetto spinto alla ricerca (teoria- pratica- concettualizzazione della pratica)

Il fattore che potrebbe favorire l'implementazione delle competenze avanzate infermieristiche nel passaggio di informazioni con metodo SBAR è *accountability* dell'attività dell'infermiere², mentre quello ostacolante è la carenza di risorse umane. L'indagine, inoltre, evidenzia una forte disponibilità da parte di tutti i professionisti a sperimentare la SBAR, ad approfondirla e a servirsene purchè ben spiegata.

Nonostante la penuria di articoli che evidenziano altri fattori favorenti e diversi fattori ostacolanti, dall'indagine scaturiscono due considerazioni:

- 1) Il sistema D.R.G. non prevedendo modalità valutative delle attività infermieristiche, ne impedisce la valorizzazione e la corretta contabilizzazione. Dovrebbe essere previsto uno strumento che monetizzi l'attività di competenza avanzata che ricordi il nomenclatore tariffario delle prestazioni infermieristiche previsto dal Consiglio Nazionale della Federazione OPI il quale, nel suo specifico, regola i rapporti tra infermiere libero professionista e cliente;
- 2) La consulenza infermieristica informale che in un certo qual modo è alla base di una competenza avanzata acquisita è una prassi consolidata tra infermieri che riconoscono l'impossibilità a essere "tuttologi" e vedono nel confronto con i colleghi un momento di crescita professionale. I coordinatori infermieristici dovrebbero informare la direzione sanitaria dello svolgersi di questa pratica consolidata nel quotidiano al fine di avviare un processo di ufficializzazione.

Il questionario avrebbe potuto contenere una domanda che permettesse di far emergere quando (nell'operatività) gli infermieri mettono in atto la competenza avanzata.

Al limite dello studio si sottolinea il tempo insufficiente impiegato per progettare e realizzare lo studio dovuto agli orari di lavoro dei partecipanti all'elaborato.

Conclusione

Il fenomeno competenza avanzata infermieristica merita sicuramente ulteriori approfondimenti e deve riguardare gli operatori della salute: chiamati quotidianamente ad assumere decisioni relative all'assistenza e alla cura della persona assistita attuabili grazie a una maggiore informazione sulle migliori pratiche disponibili.

La competenza avanzata, infatti, non è ancora né diffusa né ufficialmente riconosciuta in Italia, anche se è normativamente prevista dal Codice Deontologico e dal Profilo Professionale dell'infermiere e rappresenta un indubbio valore aggiunto per la professione. Per questa ragione gli infermieri con competenza avanzata dovrebbero essere considerati risorse interessanti.

Il competente avanzato infermiere potrebbe rappresentare un "anello" di unione nella Sanità attuale, caratterizzata da un costante e rapido sviluppo tecnologico e scientifico. Il continuo confronto tra colleghi permette, infatti, di gestire richieste di competenze sempre più avanzate e specifiche.

L'attuale ordinamento didattico universitario disciplina i master specialistici di I livello, dunque è tempo, sia per la dirigenza infermieristica che per gli infermieri, di impegnarsi per implementare e realizzare la consulenza nella pratica clinica, nella formazione e nella ricerca.

Tra le strategie favorevoli l'implementazione della competenza avanzata infermieristica si potrebbero considerare:

- l'uso di *intranet* per la consulenza tra pari;

- l'elaborazione di progetti specifici che permettano di agire sulla cultura organizzativa;
- la descrizione delle specifiche competenze per aree (profilo di posto).

L'implementazione della competenza avanzata infermieristica può essere sostenuta dal contesto organizzativo e dall'efficace utilità trasmessa dai professionisti che la utilizzano, in qualità di richiedenti o consulenti.

Secondo il nostro punto di vista è di fondamentale importanza la promozione, il riconoscimento e l'implementazione delle competenze infermieristiche avanzate in quanto andrebbero ad aumentare il livello di assistenza erogata alla persona. La presenza di infermieri con competenze avanzate nell'ambito del soccorso extra ospedaliero, permetterebbe una migliore e più qualificata risposta alle esigenze dell'utenza.

La nostra professione è in continua evoluzione e proprio su questo aspetto bisogna investire, affinché la ricerca continui sulla base dei dati che emergono dalla pratica clinica per contribuire alla crescita professionale.

Bibliografia

AA VV Guida all' esercizio della professione dell' infermiere; aggiornamenti 2003-04, 2002, Torino, Edizioni medico scientifiche

Ambrosetti e al. La responsabilità nel lavoro sanitario d'équipe, Utet, Torino, 2003

Arreni A, Di Giacomo P, Fortuna M, La Vecchia F, Mangiacavalli B, Valerio G, Vita A. La documentazione infermieristica: I quaderni de l' infermiere, n. 24. Suppl a L' infermiere 1/2009 febbraio 2009; III-XXIV

Barbieri G. Ma non c'è autonomia senza responsabilità. Sole 24 ore sanità 25-31 ottobre 2005; 30-1

Barbieri G, La ricetta dell' infermiere, Sole 24 ore sanità 30 ottobre - 5 novembre 2007; 30

Benci L, L'evoluzione dell'autonomia e della responsabilità giuridica dell'infermiere e dell'ostetrica, in Atti 1° convegno medico - giuridico regionale, Università di Bologna , Medicina legale Azienda Ospedaliera Policlinico S.Orsola Bologna, la responsabilità professionale del personale sanitario e delle strutture sanitarie, Bologna 09 - 10 maggio 2003 – sito internet: www.med.unibo.it/reparti_servizi/medicina-legale (ultimo accesso il 2 gennaio 2019)

Benci L, La responsabilità nell' emergenza - urgenza, da Benci L, Aspetti giuridici della professione infermieristica, V edizione, Milano, McGraw Hill, 2008

Benci L, Aspetti giuridici della professione infermieristica, IV ed, McGraw Hill, Milano, 2006

Benci L, Aspetti giuridici della professione infermieristica, Milano, McGraw Hill, V ed, 2009

Benci L, Manuale giuridico professionale per l' esercizio del nursing, McGraw Hill, 2002, agg. 2004

Bilancetti M, La responsabilità penale e civile del medico, VI ed, CEDAM, Padova, 2006

Biscaro M, Benetton M. Il passaggio di consegne tra emergenza territoriale e pronto soccorso: studio osservazionale con metodo SBAR <http://www.aniarti.it/it/content/il-passaggio-di-consegne-tra-emergenza-territoriale-e-pronto-soccorso-studio-osservazionale> (ultimo accesso 2 aprile 2019)

Bologni D, Pioppo M, Orlandi W, Torroni D, Zucconi M, Bernardini I. applicazione della SBAR in due percorsi condivisi nell'Azienda Ospedaliera di Perugia: sicurezza della Cura e sicurezza del paziente. 8° conferenza Nazionale Gimbe, 2013 In

http://www.gimbe.org/conferenze/nazionale/2013/Abstract_book.pdf (ultimo accesso 2 aprile 2019)

Casati M. La documentazione infermieristica, II edizione, Mc Graw Hill, Milano, 2006

Cavana E, Considerazioni sulla legge 42/99, Riv Diritto delle professioni sanitarie 2, 1999; 86 – 88

Di Giacomo P, Un' analisi della responsabilità infermieristica: riferimenti normativi e giurisprudenziali, Riv Scenario, 2008; 25 (3) : 35 – 43

Citterio S, editoriale Agorà n. 41, gennaio – marzo 2009 – sito internet: www.ipasvi-como.it (ultimo accesso il 3 gennaio 2019)

Faiella MG. Il servizio del 118, tutti i punti deboli del sistema emergenza –urgenza. Corriere della Sera Salute, 2 marzo 2015 In: http://www.corriere.it/salute/15_febbraio_27/servizio-118-tutti-punti-deboli-sistema-emergenza-urgenza-6734944e-be69-11e4-abd1-822f1e0f1ed7.shtml (ultimo accesso 2 aprile 2019)

Federazione IPASVI L' infermiere n. 9/2002, Una professione che cresce

Federazione IPASVI Le leggi e gli infermieri, I quaderni de l' infermiere n. 5. Suppl a l' infermiere n. 2/2003

Fiandaca G, Musco E, Diritto penale – Parte generale - IV ed, 2005 Zanichelli, Bologna

Fiori A, Medicina Legale della responsabilità medica, Giuffrè, Milano, 1999

Foschini A, Infermieristica clinica dell' emergenza, Verona, 2008 – sito internet: www.medicina.univr.it (ultimo accesso il 3 gennaio 2019)

Fрати P, Celi F, Il nuovo ruolo dell' infermiere: tra norme morali, deontologiche e giuridiche, Riv di diritto professioni sanitarie, 2, 2000; 14 – 22

Fratenti A e altri, Problemi di responsabilità sanitaria, Giuffrè, 2007

Fresa R, La colpa professionale in ambito sanitario, UTET, Torino, 2008

Gamberoni L, Lotti A, Marmo G, Rocco G, Rotondi P, Sasso L, Tousijn W. L'infermiere laureato specialista/magistrale : il progetto formativo. 2008 Milano Mc Graw Hill

Gaudio RM, Percorrendo la via della responsabilità – emergenza - area critica e psicologia dell' emergenza, Ferrara, marzo 2007 – sito internet:

www.ipasvife.it (ultimo accesso il 2 gennaio 2019)

Magazzù S, Piazza C, Ruolo e funzioni dell' infermiere alla luce della Legge 26/02/1999 n. 42, Scenario 2000 : 17 (3); 14 – 17

Mangiacavalli B, Ferrari A, Marseglia M, Castagnoli MA, Capodiferro N, Suma G, Valerio G, Professionalità, autonomia e responsabilità infermieristica, Riv I quaderni de l' infermiere, Roma, editore Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, n. 22 aprile 2008; 4 – 14

Menghini A, Vacca D. L'infermiere nell'emergenza extra ospedaliera. 2001 In: http://web.tiscali.it/rianimation/versione_ita/forum/Pubblicazioni.htm (ultimo accesso 2 aprile 2019)

Norelli GA e al., Il ruolo dei professionisti dell'area infermieristica nell'assistenza domiciliare integrata. Un primo passo verso il riconoscimento di un autonomo ambito di operatività e responsabilità, Riv Diritto delle professioni sanitarie, 2002, 5 (1); 14-20

Norelli GA, L' autonomia e l'equivalenza per le professioni sanitarie nella interpretazione della corte di cassazione, Riv Diritto delle professioni sanitarie, 2005, 8 (1); 10 – 14

Norelli GA, e al., L' evoluzione del concetto di responsabilità professionale: aspetti giuridici e assicurativi, Toscana Medica dicembre 2000, 8 – 16

Norelli GA, Magliona B, Aspetti medico legali del triage infermieristico in pronto soccorso, Riv Diritto Professioni Sanitarie, 1999; 2(4): 291 – 8

Papi L, L' infermiere è titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente. (Corte di appello di Milano sez. II sentenza del 16 dicembre 2005) Riv Diritto delle professioni sanitarie, 2006, 9 (2); 122 – 35

Parodi C, Nizza V, La responsabilità penale del personale medico e paramedico, Utet, Torino, 1996

Randi G, Asirelli O, Dosi E, Fabbri E, Maraldi F, Sangiorgi GP, Zaffagnini G, Il triage extraospedaliero, Riv Materiali, n. 15, Ravenna, settembre 2004

Rodriguez D, Dopo l'abrogazione del mansionario: gli aspetti medico legali per la professione infermieristica con la Legge 42/99 da Atti del 50 Convegno Professione infermiere: dalle competenze le responsabilità, 26 – 27 maggio 2000, Rimini, Collegio IPA-SVI

Rodriguez D, Aprile A, Arseni A, Il triage infermieristico: aspetti giuridici e medicolegali, Riv Diritto delle professioni sanitarie, 2006; 9 (2) : 100 – 19

Rodriguez D, Aprile A, Medicina legale per infermieri, 2004, Carrocci editore

Rodriguez D, Contrastare i luoghi comuni fuorvianti per educare alla responsabilità i futuri professionisti della salute, Riv Diritto delle professioni sanitarie, 2004, 3; 136 – 43

Rodriguez D, Il codice deontologico come criterio per l'esercizio professionale: breve commentario. In Benci L, Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing, II edizione, McGraw Hill, Milano, 2001, p. 135 – 169

Rodriguez D, Il nuovo codice deontologico degli infermieri, Foglio Notizie 2 (5), 55, 51-60, 1999

Rodriguez D, Professioni sanitarie ex ausiliarie: dal mansionario al riconoscimento giuridico della competenza, Lettere dalla Facoltà - Bollettino della Facoltà di medicina e chirurgia dell' università di Ancona 2 (9), 2, 1999 – sito internet: www.unian.it (ultimo accesso 2 gennaio 2019)

Rodriguez D, a cura di Cassazione Penale sez IV sentenza 1 dicembre 2004 - 11 marzo 2005, n. 9739, citata e commentata, in Riv diritto delle professioni sanitarie, 2005 : 8 (1); 40 – 43

Rodriguez D, La responsabilità e il triage infermieristico, Scenario, 1999, 16 (3); 4 – 10

Rodriguez D, Responsabilità, diritto e deontologia. Salute e territorio 141/2003; 378 – 84

Rubbi I, Management del soccorso, Ferrara, 2009 – sito internet: www.unife.it (ultimo accesso il 13 gennaio 2016)

Tiraterra MF, Torretta C, L'infermiere alla luce della nuova normativa: quale autonomia e responsabilità? Spunti di riflessione, in Professioni infermieristiche, n. 54, 2001; 3 – 4

Vanzetta M, Vallicella F, Documentazione infermieristica e qualità, Management Infermieristico 4/2002; 35 - 9

RIFERIMENTI GIURIDICI E NORMATIVI

Codice Penale (aggiornato al 02.05.2007) – art. 54, art. 357, art. 358

Codice Civile, Titolo III, Capo II, Delle professioni intellettuali; articoli 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235; 2236, 2237, 2238;

art. 2699 Codice deontologico testo approvato dal consiglio nazionale Collegio IPASVI 2009 – sito internet: www.ipasvi.it (ultimo accesso il 1 gennaio 2016)

Codice Deontologico testo approvato dal Comitato centrale Federazione IPASVI Febbraio 1999 - sito internet: www.ipasvi.it (ultimo accesso il 1 gennaio 2016)

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 17.05.1992 (D.P.R.27.03.1992), 25.05.1992 (D.M. 15.05.1992), 17.05.1996 (Linee Guida 1996)

R.D. 02.05.1940 n. 1310 – sito internet: www.fialslazio.it

D.P.R. 14.03.1974 n. 225 – sito internet: www.overlex.it

L. n. 833/1978 – sito internet: www.handylex.org

D. L.vo n. 502/1992 – sito internet: www.nursesarea.it

D.L. n. 626/1994 – sito internet: www.edscuola.it

D.M. 14 settembre 1994 n. 739*

Legge 26 febbraio 1999 n. 42*

Legge 10 agosto 2000 n. 251*

D.M. Murst 2 aprile 2001*

D.M. Murst 2 aprile 2001* Legge n. 1 del 8 gennaio 2002, conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 12 novembre 2001, n. 402*

Legge 01.02.2006 n. 43*

*tratti da AA.VV Autonomia Competenza Responsabilità Coordinamento Regionale Collegi IPASVI dell'Emilia Romagna, Bologna 2007

Allegati

Allegato 1: questionario

L'EVOLUZIONE DEL RUOLO DELL'INFERMIERE NEL SOCCORSO EXTRAOSPEDALIERO: QUALI STRATEGIE PER VALORIZZARE LE COMPETENZE AVANZATE

Gentilissimo,
il questionario che segue, completamente anonimo, ha l'obiettivo descrivere il percepito rispetto all'uso della competenza avanzata infermieristica nel passaggio di informazioni con metodo SBAR e di rilevare le strategie che possono facilitarne e valorizzarne l'implementazione.

Il tempo stimato per la compilazione del questionario è di 5 minuti.

***Campo obbligatorio**

1) GENERE *

Scegli

2) ANNI COMPIUTI *

(specificare)

3) PROFESSIONE *

Medico

Infermiere

4) TITOLO DI STUDIO PROFESSIONALE *

Diploma Di Infermiere Professionale

Diploma Universitario

Laurea

5) FORMAZIONE POST *

(specificare in altro se si è in possesso di più titoli. Per esempio se si è in possesso sia di un corso di perfezionamento sia di un master scriverlo nella voce altro e specificarlo come segue: corso di perfezionamento, master in coordinamento e laurea magistrale)

Corso Di Perfezionamento

Master I Livello

Laurea Specialistica/Magistrale

Master II Livello

Dottorato Di Ricerca

Nessuna

Altro:

6) ANNI DI SERVIZIO *

specificare

7) AMBITO DI SERVIZIO *

Assistenziale In Centrale Operativa

Assistenziale Sui Mezzi Msa

Assistenziale Sui Mezzi Msab

Manageriale/Coordinamento

8) HAI FREQUENTATO QUALCHE CORSO DI FORMAZIONE PER APPROFONDIRE LE TECNICHE DI COMUNICAZIONE *

Si

No

9) SE SI QUANDO

Durante Il Percorso Formativo

Durante La Carriera Lavorativa

10) NELL'AMBITO DEL TUO SERVIZIO UTILIZZI UNO SCHEMA MENTALE COMUNICATIVO AL FINE DI VELOCIZZARE IL PASSAGGIO DI INFORMAZIONI, MIGLIORARE LA QUALITA' SENZA OMETTERE NOTIZIE /INFORMAZIONI RILEVANTI E COMPROMETTERE LA SICUREZZA E L'IMPATTO EMOTIVO DELLA COMUNICAZIONE ORALE? *

Si

No

11) CONOSCI IL METODO DI COMUNICAZIONE "S.B.A.R." *

Si

No

12) TI SENTI COMPETENTE PER METTERE IN PRATICA TALE METODO *

Si

No

13) SARESTI INTERESSATO A FREQUENTARE UN CORSO SUL METODO "S.B.A.R." *

Si

No

LA COMPETENZA AVANZATA DELL'INFERMIERE NEL SOCCORSO EXTRAOSPEDALIERO: IL PASSAGGIO DI INFORMAZIONE CON METODO SBAR

MODALITA' DI COMPILAZIONE:

1: COMPLETAMENTE IN DISACCORDO

2: POCO IN DISACCORDO

3: SUFFICIENTEMENTE IN ACCORDO

4: COMPLETAMENTE IN ACCORDO

14) PER COMPETENZA INTENDIAMO UNA CARATTERISTICA INTRINSECA CASUALMENTE COLLEGATA A UNA PERFORMANCE ECCELLENTE ESERCITATA IN VIRTÙ DI UN RUOLO. LA COMPETENZA COMPORTA SAPER INTEGRARE ESPERIENZA, CONOSCENZA, CAPACITÀ E SAPERLA METTERE IN OPERA. GLI ELEMENTI CHE INTERAGISCONO CON LA COMPETENZA E DI CONSEGUENZA CONDIZIONA IL COMPORTAMENTO SONO: L'ATTITUDINE, IL CONTESTO E LA MOTIVAZIONE *

15) LA COMPETENZA AVANZATA SI RIFERISCE ALLA CAPACITÀ DI UN SOGGETTO GIÀ ESPERTO DI AGIRE NEI CONFRONTI DI UN PROBLEMA NON SOLO UTILIZZANDO IN MODO PRODUTTIVO LE PROPRIE ESPERIENZE PREGRESSE MA PROGETTANDO, NEGOZIANDO E REALIZZANDO NUOVE SOLUZIONI *

16) LA CAPACITÀ INNOVATIVA PROPRIA DEL PROFESSIONISTA CON COMPETENZA AVANZATA DEVE ESSERE IL FRUTTO DI UN PROCESSO DI MATURAZIONE GRADUALE E COMPLESSIVO DEL SOGGETTO SPINTO GRAZIE ALLA RICERCA (TEORIA- PRATICA- CONCETTUALIZZAZIONE DELLA PRATICA) *

17) CONSIDERI LA COMUNICAZIONE UNA COMPETENZA NECESSARIA ALLO SVOLGIMENTO DELLA TUA PROFESSIONE *

18) LA COMUNICAZIONE EFFICACE DEVE ESSERE COMPLETA *

19) LA COMUNICAZIONE EFFICACE DEVE ESSERE CHIARA *

20) LA COMUNICAZIONE EFFICACE DEVE ESSERE BREVE/RAPIDA *

21) LA COMUNICAZIONE EFFICACE DEVE ESSERE DETTAGLIATA *

22) LA COMUNICAZIONE EFFICACE DEVE ESSERE PERSONALIZZATA *

23) PER L'UTILIZZO DI UNA COMUNICAZIONE EFFICACE ESISTONO COMPETENZE AVANZATE DA ACQUISIRE ATTRAVERSO LA FORMAZIONE *

24) LA FORMAZIONE DEVE ESSERE DI TIPO CONTINUA (ECM) *

25) LA FORMAZIONE DEVE ESSERE DI TIPO ACCADEMICO (LAUREA MAGISTRALE) *

26) LA FORMAZIONE DEVE ESSERE DI TIPO ACCADEMICO (MASTER) *

27) LA FORMAZIONE DEVE ESSERE DI TIPO ACCADEMICO (CORSI DI PERFEZIONAMENTO) *

28) PER L'UTILIZZO DI UNA COMUNICAZIONE EFFICACE ESISTONO COMPETENZE AVANZATE DA ACQUISIRE ATTRAVERSO L'ESPERIENZA PRATICA *

29) LO SVILUPPO DELLA CAPACITA' INNOVATIVA PROPRIA DELL'INFERMIERE CON COMPETENZA AVANZATA DEVE ESSERE IL FRUTTO DI UN PROCESSO DI MATURAZIONE GLOBALE E COMPLESSIVO DEL SOGGETTO SPINTO GRAZIE ALLA RICERCA (TEORIA-PRATICA-CONCETTUALIZZAZIONE DELLA PRATICA) *

30) PENSI CHE LA COMUNICAZIONE VERBALE TRA OPERATORI SANITARI SIA DIFFERENTE IN SITUAZIONI DI ROUTINE (ES. IN REPARTO) RISPETTO A QUELLE DI REALE E/O POTENZIALE EMERGENZA (ES.118) *

31) IL TUO MODO DI COMUNICARE NOTIZIE/INFORMAZIONI E' SEMPRE UGUALE (STANDARD) CON IL COLLEGA MEDICO *

32) IL TUO MODO DI COMUNICARE NOTIZIE/INFORMAZIONI E' SEMPRE UGUALE (STANDARD) CON IL COLLEGA INFERMIERE*

33) IL TUO MODO DI COMUNICARE NOTIZIE/INFORMAZIONI E' SEMPRE UGUALE (STANDARD) CON IL VOLONTARIO *

34) IL TUO MODO DI COMUNICARE NOTIZIE/INFORMAZIONI E' SEMPRE UGUALE (STANDARD) CON IL COLLEGA INFERMIERE DEL DEA/PRONTO SOCCORSO *

35) IL TUO MODO DI COMUNICARE NOTIZIE/INFORMAZIONI E' SEMPRE UGUALE (STANDARD) DURANTE LE COMUNICAZIONI TELEFONICHE *

36) RITIENI POSSA ESSERE UTILE APPLICARE UN METODO DI STANDARDIZZAZIONE DELLA COMUNICAZIONE PER LA RACCOLTA DEI DATI E SUCCESSIVA CONSEGNA DEL PAZIENTE*

37) RITIENI CHE UNA MODALITA' DI COMUNICAZIONE UNIVOCA POSSA RIDURRE GLI ERRORI E LIMITARE LA PERDITA DI INFORMAZIONI *

38) RITIENI POSSA ESSERE UTILE UN CORSO DI FORMAZIONE SUL METODO "S.B.A.R." PER OTTIMIZZARE LA COMUNICAZIONE/ IL PASSAGGIO DI INFORMAZIONI *

39) COSA CONSIGLIERESTI INOLTRE PER OTTIMIZZARE LA COMUNICAZIONE/ IL PASSAGGIO DI INFORMAZIONI CON METODO SBAR *

STRATEGIE

40) LE STRATEGIE FAVORENTI L'IMPLEMENTAZIONE DELLE COMPETENZE AVANZATE INFERMIERISTICHE NEL PASSAGGIO DI INFORMAZIONI CON METODO SBAR *

Formalizzazione Della Procedura Di Utilizzo Del Metodo

Accountability Dell' Attivita' Dell'infermiere

Adesione Della Procedura Di Utilizzo Del Metodo Da Parte Del Gruppo Medico

Adesione Della Procedura Di Utilizzo Del Metodo Da Parte Del Gruppo Infermieristico

Altro:

41) LE STRATEGIE OSTACOLANTI L'IMPLEMENTAZIONE DELLE COMPETENZE AVANZATE INFERMIERISTICHE NEL PASSAGGIO DI INFORMAZIONI CON METODO SBAR. *

Carenza Di Risorse Umane

Carenza Di Risorse Economiche

Carico Di Lavoro Eccessivo

Altro:

42) LE STRATEGIE FAVORENTI LA VALORIZZAZIONE DELL' INFERMIERE COMPETENTE AVANZATO NEL PASSAGGIO DI INFORMAZIONI CON METODO SBAR *

Formalizzazione Della Procedura Di Utilizzo Del Metodo

Accountability Dell' Attivita' Dell'infermiere

Adesione Della Procedura Di Utilizzo Del Metodo Da Parte Del Gruppo Medico

Adesione Della Procedura Di Utilizzo Del Metodo Da Parte Del Gruppo Infermieristico

Altro:

43) LE STRATEGIE OSTACOLANTI LA VALORIZZAZIONE DELL' INFERMIERE COMPETENTE AVANZATO NEL PASSAGGIO DI INFORMAZIONI CON METODO SBAR *

Carenza Di Risorse Umane

Carenza Di Risorse Economiche

Carico Di Lavoro Eccessivo

Altro:

44) COSA CONSIGLIERESTI PER FACILITARE L'IMPLEMENTAZIONE DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE AVANZATA NEL PASSAGGIO DI INFORMAZIONI CON METODO SBAR *

45) COSA CONSIGLIERESTI PER VALORIZZARE L'IMPLEMENTAZIONE DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE AVANZATA NEL PASSAGGIO DI INFORMAZIONI CON METODO SBAR *

INVIA

