



infermieri.com

Atti del Corso di Aggiornamento

INFORMATIZZAZIONE IN SANITÀ

**L'infermiere tra realtà formative
ed esigenze aziendali**

Programma del Corso

prima SESSIONE:

- 8,30** Registrazione dei partecipanti.
9,00 Saluto delle autorità ed inizio dei lavori.
9,10 Il Collegio Professionale come promotore di collaborazione: consulenza professionale alle aziende ospedaliere.
Francesco Falli
10,00 L'informatizzazione in Sanità: l'asse "Azienda - infermiere - paziente". Competenze.
Fabrizio Tallarita
11,30 Applicazione dell'E.B.N. nella pratica professionale. Conoscenze e strumenti.
Fabrizio Tallarita

seconda SESSIONE:

- 14,00** La formazione informatica in azienda.
Fabrizio Tallarita
15,00 Consulenza tra pari: come attuarla in internet e intranet.
Francesco Falli, Fabrizio Tallarita
16,15 Pausa.
16,30 Eventuali esercitazioni pratiche guidate su terminale e discussione.
17,30 Test finale.
18,00 Chiusura dei lavori.

I Relatori

Francesco Falli

Presidente del Collegio IPASVI di La Spezia

Fabrizio Tallarita

Webmaster della Federazione Nazionale Collegi IPASVI e Coordinatore di INFERMIERI.COM

IL COLLEGIO PROFESSIONALE COME PROMOTORE DI COLLABORAZIONE: CONSULENZA PROFESSIONALE ALLE AZIENDE SANITARIE

di Francesco Falli, Infermiere specializzato in Area Critica, Caposala, Presidente Ipasvi di La Spezia

Breve cenno introduttivo:

La nascita dei Collegi e degli Ordini professionali è avvenuta in un tempo ormai molto lontano e la Legge che li ha istituiti, dopo la pausa bellica, si colloca in una stagione ormai quasi dimenticata della nostra storia.

Eppure questa, come molte altre leggi, riconosceva una esigenza attualissima, quella della 'tutela', della 'protezione' del cittadino a fronte di prestazioni professionali non adeguate, non rispondenti alle sue necessità.

Eppure in quegli anni le associazioni di tutela del consumatore, nel nostro Paese, dovevano ancora essere semplicemente ideate: soltanto pochi anni dopo sarebbe nata negli USA, con l'operato del paladino dei consumatori, Ralph Nader, la prima unione di utilizzatori di beni di consumo di massa che desideravano avere garanzie su prodotti e servizi offerti.

Che cosa resta, a distanza di tanti anni (per l'esattezza 48, visto che la Legge di definitiva istituzione dei Collegi risale al 1954) dello spirito di questa Legge?

Chi ha vissuto la Professione negli ultimi 20 anni ha sicuramente molti dubbi sulla efficacia applicativa di questa Legge nel campo, per esempio, dell'abusivismo professionale: sono stati molti i sedicenti Infermieri e molti coloro che hanno utilizzato tale qualifica senza possedere neppure una parte della professionalità richiesta, nè tantomeno il titolo professionale.

Molte volte i Collegi, anche attraverso i media, negli ultimi anni più sollecitati, hanno denunciato queste gravi violazioni della Legge.

Le attuali normative di richiamo:

Dal 1982 l'accesso al pubblico impiego (e successivamente anche all'impiego privato) può avvenire solo se il candidato fa parte di un "Albo" professionale.

I Collegi IPASVI ne possiedono, e ciò è anche curioso, ben tre: uno dedicato agli Infermieri (ex Professionali), uno alle Infermiere pediatriche (ex Vigiliatrici d'Infanzia), uno alle Assistenti Sanitarie per le quali è in corso una accesa discussione sul futuro ruolo: Infermiera di sanità Pubblica o ancora Assistente Sanitaria? O entrambe? ...di questo riparleremo...in altra sede dedicata. Il percorso di richiamo legislativo sul ruolo dei Collegi non può chiudersi senza un cenno doveroso al profilo professionale del 14/9/1994, n° 739, che all'articolo 1 così recita: 'L'Infermiere è l'operatore sanitario che.....in possesso dell'iscrizione all'Albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica'.

Dalla data dell'abrogazione mansionariale (febbraio 1999) questo profilo ha acquistato forza di riferimento legislativo sia in termini di competenze sia di attribuzioni specifiche.

Considerazioni:

Che cosa può offrire un Collegio professionale ai propri iscritti (e di riflesso, dunque, al cittadino/utente), considerando che non può bastare una 'generica' forma di tutela?

Innanzitutto partecipare al percorso di crescita professionale: per noi la crescita avviene attraverso la informazione attenta, costante, precisa, ovviamente legata alle possibilità del nostro budget; e attivando corsi di formazione, di aggiornamento, specialmente nel contesto attuale.

Da quando è partita ufficialmente la procedura ECM (educazione continua in medicina) il nostro Collegio IPASVI, anche attraverso il suo sito Internet (www.ipasvi.laspezia.net <<http://www.ipasvi.laspezia.net>>) è diventato provider di eventi formativi ed ha 'messo in rete' le iniziative di aggiornamento; cosa ormai abituale per chi, come questo gruppo, si era già attivato anche in era pre-ECM...

Una forma di servizio che ha un ritorno in termini di vantaggio per i propri associati e per la cittadinanza (insistiamo ostinatamente a ritenere che le due cose non possono procedere disgiuntamente..) è una forma di collaborazione con le Aziende Sanitarie.

Immaginiamo, in un prossimo futuro, la possibilità, la capacità di integrare le attività degli Uffici di Aggiornamento aziendali con le possibilità dei Collegi (e delle associazioni di cultura infermieristica, come www.infermieri.com <<http://www.infermieri.com>> il cui ideatore e conduttore è oggi graditissimo e valente relatore).

Questo comporta immediatamente una forza sinergica: dove non arriva l'Azienda può arrivare l'evento formativo del Collegio; e dove l'Azienda non ha sempre la concreta possibilità di intervenire, per esempio nella diffusione capillare delle normative che regolano la nostra attività professionale, ciò può essere sostenuto dal Collegio IPASVI.

Gli strumenti informatici dedicati:

Abbiamo chiesto, negli ultimi anni, di conoscere gli indirizzi di posta elettronica dei nostri iscritti; ciò allo scopo di far arrivare direttamente in tempo reale, nelle loro case, la maggior quantità possibile di informazioni.

Ovviamente abbiamo anche continuato la tradizionale diffusione di materiale cartaceo: nel 2001 abbiamo gestito una pubblicazione rivolta a tutti gli iscritti con tutte le più recenti normative che ci interessano...

Quando nel 1997 abbiamo creduto utile ed interessante entrare fra i fruitori della rete Internet lo abbiamo fatto per 'crescere'

come forza di servizio degli iscritti; molti colleghi negli anni sono venuti in sede a cercare date di eventi formativi, di concorsi, di sedi d'esame; possibilità di ricerca on-line.

Sicuramente, un giorno non lontanissimo praticamente tutti gli individui in età lavorativa potranno accedere a un computer collegato alla rete Internet, o dal domicilio o dal lavoro; e lo scambio delle informazioni raggiungerà livelli inimmaginabili pochi anni orsono.

Consulenza professionale alle aziende sanitarie:

Si tratta di un capitolo completamente nuovo che appartiene al futuro; anche se certamente in alcune realtà del Paese si è già giunti a forme di collaborazione/consulenza fra Collegio e ASL: proviamo a ipotizzare alcune capacità teoriche del Collegio....

- L'Asl può chiedere al Collegio la consulenza per un contatto con alcuni formatori Infermieri locali e/o nazionali;
- Gli uffici aziendali possono chiedere al Collegio di monitorizzare la 'banca dati iscritti', la loro situazione occupazionale, in previsione di assunzioni, per sapere la capacità di risposta a un bando professionale del bacino d'utenza locale, e da ciò proiettare, prevedere le aspettative di risposta;
- In tema di ECM il Collegio potrà in futuro, supportato da adeguata regolamentazione, custodire il patrimonio in accredito dei propri iscritti, e servire da 'diffusore' dei dati per una formazione il più possibile equa, equilibrata, utile ove necessaria.
- Allo scopo di diffondere tematiche dedicate ed urgenti (un esempio recente, il cambio delle normative che hanno letteralmente ribaltato il contenuto della attività degli Infermieri) non può mancare una costante collaborazione e sinergia informativa verso i dipendenti/iscritti - un Professionista informato è un Professionista migliore.
- Proposta di forme di incentivazione che, attraverso il rapporto con il sindacato, delegato al riguardo dalle vigenti Leggi, consentano all'operatore sanitario Infermiere di erogare prestazioni aggiuntive, sia in termini di impegno 'imprevisto' sia in termini di ricerca per l'ottimizzazione dei servizi
- Concessione di quegli strumenti professionali utili alla creazione di nuove opportunità organizzative: gestione di gruppi professionali impegnati nella ricerca infermieristica e sinergia con l'Azienda allo scopo di applicare con la massima soddisfazione delle parti (operatori/clienti) le innovazioni evidentemente utili.
- Erogazione di eventi formativi
- Contatto con quei gruppi di libero professionisti, registrati e riconosciuti, per attività della struttura sanitaria nei casi previsti dalle Leggi e dagli accordi vigenti.

Benchè la produzione di aggiornamenti, corsi, convegni non rientri necessariamente nei compiti istituzionali dei Collegi Infermieri, è fin troppo evidente che questa attività è molto attesa dagli iscritti, ma è molto attesa anche dai...datori di lavoro: fra le altre cose, le nuove Leggi regionali sull'accreditamento delle strutture sanitarie, ospedaliere e non, porteranno gli Uffici preposti alla necessaria organizzazione di corsi ECM per rientrare nei canoni dell'accreditamento delle strutture.

Il fatto che alcuni Collegi riescano nella non semplice impresa di produrre aggiornamenti accreditati è certo un sollievo per le Aziende Sanitarie...

Il campo futuro e futuribile della collaborazione con le strutture sanitarie non può prescindere dal coinvolgimento delle singole capacità dei Collegi, che ancorchè federati in una struttura nazionale (Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, Roma, www.ipasvi.it <<http://www.ipasvi.it>>) hanno quel margine di autonomia che può portarli alla erogazione di un servizio utile all'azienda, al proprio iscritto, al cittadino; ancora quindi perfettamente rispondente, nonostante l'implacabile scorrere del tempo, alle esigenze del legislatore che, nel lontano 1954, ne ha concepita la strutturazione, molto prima di Internet e delle attuali capacità, possibilità, opportunità.

L'INFORMATIZZAZIONE IN SANITA': L'ASSE "AZIENDA-OSPEDALE-INFERMIERE-PAZIENTE". COMPETENZE.

di Fabrizio Tallarita, webmaster di INFERMIERI.COM, webmaster della Federazione nazionale Collegi Ipasvi, Infermiere presso la Centrale Operativa Lazio Soccorso "118" di Roma

Introduzione:

Innanzitutto chiedo umilmente perdono per aver usato impropriamente un termine che nella lingua italiana non esiste: "informatizzazione"; ma del resto, nell'uso comune, molti termini sono stati così "importati" dal mondo anglosassone (l'esempio classico è Personal Computer, chi altro ormai usa il termine "elaboratore elettronico" o "macchina da calcolo"?).

Quindi spero che possiate tutti voi passarmi il termine "informatizzazione" per intendere l'insieme dei processi che portano un determinato sistema produttivo all'implementazione di sistemi informatici di calcolo ed elaborazione delle informazioni, oltre che alla semplice catalogazione o archiviazione.

Chiediamo ulteriormente scusa ai partecipanti, ed in questo ci mettiamo a 4 mani assieme al Presidente del Collegio Ipasvi di La Spezia, per non aver distribuito l'intero materiale sugli argomenti trattati, ma pensiamo che forse gli interessati a tali tematiche potessero trarre spunto da questi modesti appunti per poter sviluppare anche un proprio e personale pensiero critico. Chissà se poi sarà volontà dei curatori di questo Convegno di proporre una mini-pubblicazione cartacea sulle riflessioni scaturite da questo convegno...

L'asse portante:

Come per un qualsiasi progetto che non sia necessariamente di natura sanitaria, all'atto della stesura ci dobbiamo prima chiedere quale sia l'OBIETTIVO del progetto che, detto alla J.J. Guilbert (ideatore della "guida pedagogica per gli operatori sanitari") lo traduciamo nell'OBIETTIVO GENERALE; nella logica traslazione dell'"informatizzare" un'Azienda Sanitaria, lo componiamo nella domanda: "cosa ci prefiggiamo di fare con l'informatizzazione di una Azienda Sanitaria?"

Non pretendo di rispondere subito ed esaurientemente ad un tale quesito, in quanto nello specifico ogni Azienda può avere esigenze, progetti, finalità e soprattutto budget diversi; possiamo dire, però, che generalmente le Aziende Sanitarie si prefiggono di informatizzarsi allo scopo di poter archiviare molte informazioni in poco spazio, reperirle in pochi istanti, elaborarle in virtù delle diverse esigenze ma soprattutto condividerle tra tutti i processi produttivi. In parallelo, possiamo aggiungere che ogni Direttore Generale che si rispetti, operi un tale progetto solo se ci siano i presupposti di qualità legati strettamente all'economia con un buon rapporto costo/efficacia.

Andando al nocciolo della questione, la creazione di un "network" all'interno dell'Azienda Sanitaria deve necessariamente produrre qualità legata all'efficienza delle strutture interagenti, e soprattutto un risparmio in termini di tempo sull'operato dei lavoratori addetti alle varie funzioni del processo.

Storicamente, le Aziende Sanitarie che agli albori dei Personal Computer optarono per l'ingresso di tali strumenti nelle loro strutture, scelsero di implementare solo ed esclusivamente il settore amministrativo-contabile, in quanto si pensava che la "tecnica" poco poteva giovare alla "salute"; l'avvento della diagnostica per immagini e la sua capillare diffusione in campo clinico sfondò tale concezione, immettendo nel pensiero degli illustri pensatori clinici il tarlo che la tecnica alla fine poteva "sposarsi" con la salute, al fine di migliorarla. Nel frattempo, fino ad arrivare ai nostri anni 2000, anche l'informatica si è evoluta a vista d'occhio, e cose che un tempo si pensava non fossero realizzabili, ora ci sembrano quasi scontate.

Ed ecco che ora, ai giorni nostri, non è più pensabile che un processo produttivo mirato alla salute, che viene implementato su supporti informatici, venga limitato alla sola fase gestionale di amministrazione contabile, escludendo tutti quei processi interni ad una Azienda Sanitaria che compongono il vero asse portante del prodotto salute: la persona assistita.

L'idea del microcosmo

Proviamo a pensare ad un grande ospedale di una qualsiasi città: ci sono strutture, apparecchiature, stanze di degenza, personale sanitario e non, persone malate, persone sane, ecc. Tutto questo in realtà lo possiamo ricondurre ad un piccolo universo produttivo mirato alla produzione della salute (un po' come le api o le formiche; il mondo animale ci insegna tanto devo dire...); un vasto spiegamento di persone e risorse al perseguimento di un obiettivo grandioso.

Proviamo a pensare invece al grande caos che ci sarebbe se a questo microcosmo mancasse un fulcro coordinatore: penso che il sistema crollerebbe in pochissimo tempo, non trovate?

Bene, in virtù di queste piccole premesse, possiamo ora accingerci a ragionare sull'"informatizzazione" del microcosmo.

Informatizzare la salute

Potrei sembrare un estremista nonché fondamentalista dello strumento informatico, ma nonostante le apparenze non è così: forse la competenza e la passione nel mettere a frutto tutto ciò al servizio della professione mi ha portato a ragionare meglio in termini di produttività attorno a questo microcosmo della salute che viene chiamato ospedale.

Non sono stato certo il primo, e non sarò neanche l'ultimo, a pensare che nell'era moderna si possa centralizzare il flusso di informazioni che ruota attorno al paziente.

Pensate, il primo pensiero di centralizzare le informazioni sui pazienti l'hanno avuto i medici radiologi: in una conferenza europea hanno pensato che spesso i pazienti ripetono gli esami radiografici solo ed esclusivamente perché il paziente, ad una visita successiva, non porta con sé i radiogrammi precedenti; questo si traduce quindi in spreco di risorse e un aggravio di raggi presi dal paziente in modo totalmente gratuito e nonché inutile.

Alla stessa stregua di questo progetto, che comunque sta andando avanti e che nei prossimi anni (spero) avrà la realizzazione pratica, possiamo idealmente pensare ad un piccolo network all'interno del nostro ospedale, centralizzando le informazioni sulla singola persona che accede a qualsiasi titolo ad uno dei servizi offerti dal nosocomio.

Provo a fare un esempio di un percorso-tipo che possa avvalorare la valenza delle affermazioni dette in precedenza:

entra una persona in ospedale, e viene registrata in Pronto Soccorso; si dispone il ricovero in un reparto e vi viene trasferito. Qui viene sottoposto a delle visite mediche specialistiche, ad esami di laboratorio ematochimici, ad esami strumentali ed a terapie farmacologiche. Il personale addetto all'assistenza prepara un piano assistenziale d'intervento mirato al caso, ed il paziente guarisce. Dimissione.

La stessa persona si reca dopo un anno dal primo ricovero nello stesso ospedale allo stesso Pronto Soccorso per essere visitato: ecco la situazione che potrebbe crearsi oggi nel caso non si disponesse di un archivio storico consultabile in formato elettronico:

il paziente entra in ospedale e gli viene chiesto quale tipo di problemi di salute avesse avuto in precedenza, quali farmaci le fossero stati somministrati, quali esami avesse effettuato e con quali risultati, quale medico l'avesse seguito, quale fosse stato il trattamento a cui fu sottoposto per le lesioni da decubito, ecc...

E se il paziente non lo ricordasse? Se non fosse in condizioni di rispondere? Se le sue stesse risposte fossero fuorvianti?

Troppi "se" e troppi "forse" aleggiano oggi attorno a tali quesiti, ed è giunta l'era di dover fare i conti con la qualità aggiunta all'efficienza ed all'appropriatezza delle cure, al fine di ottimizzare il prodotto "salute".

Ed è per questo che un modello di network informatico basato sulle informazioni presenti e storiche dell'utente afferente al Sistema Sanitario Nazionale trova ampio spazio ad una logica gestione di qualità e appropriatezza.

Ed ecco che lo stesso paziente citato prima non dovrà più cercare di ricordare le informazioni che le verranno chieste, ma verranno semplicemente estrapolate tramite un Personal Computer dal personale addetto all'assistenza che in quel momento ha la necessità di consultarle e/o aggiornarle con dati recenti o di nuova natura.

Obbligo o scelta?

Informattare una Azienda Sanitaria è un obbligo o una scelta per un'amministrazione legata alla salute?

La risposta è ENTRAMBI, e vi espongo il motivo: in materia di devoluzione dei poteri alle Regioni in materia di salute, queste ultime hanno la facoltà di introdurre normative diverse al fine di perseguire la salute in base alle differenze territoriali e sanitarie della popolazione residente (le condizioni di salute del Trentino Alto Adige sono diverse da quelle della Calabria...), e quindi di formulare i propri Piani Sanitari Regionali seguendo però le linee di quello Nazionale.

Ed in materia di accreditamento delle strutture sanitarie, che riguarda sia l'impianto fisico che quello tecnologico e, non da poco, anche dei professionisti operanti in essa (e vi rimando in tema di ECM più avanti), ogni Regione è libera di dettare i requisiti di accreditamento delle strutture in base alle proprie esigenze territoriali. Alcune regioni, infatti (e vi rimandiamo al sito web dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali www.assr.it) hanno stabilito che tra i requisiti necessari all'accreditamento per l'eccellenza del Servizio Sanitario Nazionale vi è il supporto informatico delle infrastrutture (vedi ad es. la proposta di Accreditamento secondo le linee guida della Joint Commission della Regione Lombardia...).

Ma la scelta di implementare un sistema informativo nell'Azienda è comunque appannaggio di quest'ultima, che attraverso il Piano Strategico Aziendale delibera le sue scelte in tutti i campi di competenza, compresa quella del sistema di gestione delle informazioni e dei servizi erogati.

Cartella infermieristica o cartella integrata?

Proseguendo il cammino intrapreso precedentemente, possiamo pensare anche ad una gestione dell'assistenza infermieristica giornaliera mediata dallo strumento informatico, come ad esempio una "cartella infermieristica informatizzata".

In questo ambito alcuni colleghi ipotizzarono un progetto teorico-pratico mirato in tale direzione (Fumagalli, Lamboglia, Magon, Motta, la cartella infermieristica informatizzata, ed. Medico Scientifiche) dove realisticamente si prova ad affrontare tale tematica con delle prove "sul campo".

In realtà, oggi, pensare in modo unilaterale ed univoco, è una strategia perdente in partenza: nella concezione del "microcosmo" dovrebbe farsi valere, a mio avviso, il concetto di multidisciplinarietà e complementarietà nelle cure alla persona; ed è per questo che trovo ormai superato il concetto della cartella infermieristica, mentre completamente percorribile l'ipotesi della cartella integrata con altri professionisti della salute, al di là del supporto impiegato. Del resto, se riflettiamo alla globalità delle cure alla persona, non possiamo pensare di settorializzare e frammentare la salute alle esigenze del singolo professionista, ma bensì raccogliere tutte le informazioni della persona in un'unica soluzione, adattando la situazione ai vari professionisti della salute che si alternano nell'iter curativo.

Parlare in questa sede di come può essere articolato lo strumento informatico mi sembra tanto difficile quanto superfluo: ogni realtà sviluppa il progetto informativo come meglio potrebbe rispondere alle proprie esigenze di gestione e di budget, e non esiste

una panacea dal punto di vista della programmazione software; cosa importante, invece, è come l'Azienda Sanitaria dovrebbe approcciare il progetto in virtù dell'addestramento del personale all'uso dello strumento, ma di questo ne parleremo in una sessione a parte, più avanti.

Competenze professionali

Con l'evoluzione normativa e culturale avvenuta nella nostra professione, ormai abbiamo accantonato da molto il concetto di "mansione" (Legge 42/99) per abbracciare con entusiasmo quello di "funzione" contemplata univocamente e senza falsa interpretazione dal profilo professionale dell'infermiere.

Ed allora, abbandonato definitivamente il concetto legato alle "cose da fare", ed essendo liberi di sviluppare l'assistenza in completa autonomia e in collaborazione con gli altri operatori sanitari, abbiamo contestualmente e consapevolmente abbandonato anche il concetto mentale limitante del "questo non mi spetta" o del "non son capace di..." o del peggio "mi occupo solamente del malato e della terapia".

Se infatti abbiamo lasciato alle spalle tali frivole questioni, di contro dal nostro operato ci si aspetta la necessaria flessibilità mentale nel pianificare l'assistenza, e l'umiltà umana nell'ammettere quando in questo abbiamo qualche carenza e necessitiamo di aggiornamenti professionali specifici.

Di contro, però, dobbiamo chiedere all'Azienda Sanitaria o al Presidio dove prestiamo la nostra opera di fornirci gli strumenti di cui necessitiamo e, soprattutto se tali strumenti rientrano in un piano aziendale, di espletare anche la debita formazione professionale (di cui parleremo più avanti) che ci permetta di onoscere ed usare appieno lo strumento fornitoci (e di chiedere oltremodo il necessario complemento economico per le competenze apprese). Trovo infatti giusto e doveroso che, se l'informatizzazione di un'Azienda Sanitaria porti ad una più giusta ripartizione delle risorse umane necessarie all'espletamento della propria mission, e all'appropriatezza delle cure legata all'economicità di tutto il funzionamento della struttura, vi sia un corrispettivo economico incentivante a tutti gli operatori che contribuiscono al conseguimento di tali obiettivi aziendali con l'uso dello strumento; ma qui cedo il passo ad altri professionisti più esperti di me a trattare le tematiche legate ai Contratti ed alle Contrattazioni separate con le Aziende in materia economica.

APPLICAZIONE DELL'E.B.N. NELLA PRATICA PROFESSIONALE. CONOSCENZE E STRUMENTI

di Fabrizio Tallarita, webmaster di INFERMIERI.COM, webmaster della Federazione nazionale Collegi Ipasvi,
Infermiere presso la Centrale Operativa Lazio Soccorso "118" di Roma

Cio che accade quando una scienza inesatta come la medicina tenta di mettersi in discussione e cercare nuovi modelli di approccio terapeutico, è sicuramente un misto di vari sentimenti contrapposti: curiosità, disdegno, approvazione, ammirazione, critiche, ecc. E questo è accaduto all'avvento dell'Evidence Based Medicine ed alla sua logica implementazione infermieristica nell'Evidence Based Nursing.

"EBM è una definizione proposta nel 1992 da DL Sackett e collaboratori in un articolo-manifesto per indicare un nuovo paradigma per la pratica della medicina. L'articolo presenta quelle che secondo gli Autori sono le caratteristiche di base del precedente paradigma e quelle del nuovo paradigma da essi proposto e definito EBM.

Sempre secondo gli Autori, questo nuovo paradigma riduce la dipendenza del medico dall'autorità degli esperti, e tende a svilupparne la capacità di giudizio autonoma, fornendogli strumenti conoscitivi adeguati a migliorare la qualità delle osservazioni e la valutazione della letteratura scientifica." (tratto da un articolo su www.pensiero.it)

L'articolo originale, per chi volesse consultarlo in lingua inglese, è tratto da JAMA nel 1992 intitolato "Evidence-Based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine".

Ora, per inciso, una debita precisazione: ciò che per la lingua anglosassone si definisce "evidence" non trova un corrispettivo italiano in "evidenza", in quanto son parole simili ma dal significato sottilmente differente...

Evidence Based Nursing trova quindi la sua logica traduzione italiana in **Infermieristica basata sulle prove di efficacia** (l'evidence, in inglese, è quanto producono i testimoni di un processo)

Non vorrei dilungarmi in profondi disquisizioni sul metodo o sulla valenza dell'applicazione, in cui altri colleghi possono sicuramente trattare l'argomento in modo più esauriente, ma solamente soffermarmi su alcune riflessioni.

L'Evidence Based Nursing non è, e qui sottolineo, un modo diverso di approcciare l'assistenza infermieristica al malato, e ne tantomeno un tentativo di cambiare alcune tecniche infermieristiche; è bensì *una metodologia di ricerca di studi assistenziali e/o clinici che ci permettono di confrontare tra loro varie metodologie per poterne scegliere quella più appropriata.*

Non si tratta quindi di avere imposizioni sul modo di agire, come qualcuno erroneamente potrebbe pensare, e ne tantomeno sul modo di approcciare; è solamente (se così si può dire) un supporto in più fornito al professionista della salute per metterlo in condizione di comparare i studi clinici effettuati da illustri colleghi e poter prendere **la giusta decisione** per quel determinato caso.

O meglio, miglioriamo il tutto dicendo:

l'integrazione della migliore "evidence" derivante dalla ricerca sistematica con l'esperienza assistenziale e con i valori dei pazienti, dove per evidence si intende non qualcosa di per sé apparente, ma è una testimonianza attendibile in quanto raccolta con metodi rigorosi

In sostanza l'EBN, la cui nascita si fa risalire nientemeno a Florence Nightingale per il suo rigore scientifico nell'affrontare lo studio sulle infezioni e l'igiene in condizioni di guerra, consiste in revisioni sistematiche di letteratura a cui vengono sottoposti articoli provenienti da varie riviste scientifiche in tutto il mondo, ed a cui vengono assegnati punteggi a seconda della valenza e del rigore scientifico a cui è stato sottoposto lo studio stesso (vedi ad es. lavori di ricerca condotti con trial clinici randomizzati, o meta-analisi, ecc)

"Si evidenzia il rigore statistico e metodologico con cui Florence Nightingale aveva dimostrato l'efficacia di alcuni interventi infermieristici nella prevenzione delle infezioni ospedaliere che avevano portato la mortalità con ferite chirurgiche infette dal 40 al 20%" (Lynn McDonald, EBN, British Medical Journal, 2001)

E quando non c'è "evidence"?

L'evento non è affatto raro, vi garantisco: quante situazioni affrontano sia medici che infermieri dove non ci sono valenze o studi scientifici che possano avvalorare delle scelte terapeutiche o assistenziali?

In questo caso, in mancanza di prove di efficacia e/o di studi effettuati che possano illuminare il caso specifico, ci si affida totalmente all'esperienza, ai precedenti studi e, non da poco, alla consulenza "tra pari" e multidisciplinare, per poter effettuare AL MEGLIO la scelta.

Vi rimando ad una lettura più approfondita dell'argomento ai seguenti siti web:

- 🍷 **L'INFERMIERISTICA BASATA SULLE EVIDENZE:** <http://www.performed.it/infermieristica/>
- 🍷 **GIMBE, il gruppo italiano sulla Medicina Basata sull'Evidenza:** <http://www.gimbe.org>
- 🍷 **EVIDENCE BASED NURSING:** <http://www.evidencebasednursing.com>
- 🍷 **CENTRO COCHRANE italiano:** <http://www.areas.it/>

FORMAZIONE INFORMATICA DEL PERSONALE ADDETTO ALL'ASSISTENZA

di **Fabrizio Tallarita**, webmaster di INFERMIERI.COM, webmaster della Federazione nazionale Collegi Ipasvi,
Infermiere presso la Centrale Operativa Lazio Soccorso "118" di Roma

Di questo aspetto, purtroppo altamente disatteso, mi vorrei soffermare esclusivamente alla trattazione della valenza e delle metodiche di approccio, sorvolando ovviamente sullo specifico di ogni realtà Aziendale territoriale.

Spesso l'uso del Personal Computer viene considerato scontato proprio per l'ampia distribuzione dello strumento nell'uso quotidiano; quello che invece mi preme sottolineare è che invece la formazione generale e specifica dello strumento in uso è pressoché irrinunciabile per tutti gli operatori destinatari all'uso.

Questo detto poiché non tutti possono aver avuto lo stesso tipo di formazione (ammesso che ci sia stata) e oltremodo non possiamo totalmente affidarci ad un tipo di conoscenze legate all'"esperienza" del singolo (la sindrome dello smanettone).

E' quindi indispensabile dotare tutti gli operatori addetti all'assistenza di un pacchetto formativo comune, e che sappia rispondere pienamente alle esigenze formative dell'equipe.

Come per un qualsiasi piano formativo fondato sulle nuove metodiche dell'apprendimento, è necessario conoscere prima quale tipo di "campo di apprendimento" dobbiamo stimolare per poter effettuare al meglio la formazione; trovo infatti fondamentale stabilire a priori il programma dell'insegnamento e le modalità di approccio.

La formazione informatica del professionista sanitario, nello specifico, deve tener conto che il "computer" è un mezzo accessorio e non primario, e quindi rimarcare la formazione di tipo teorico allo stretto necessario, privilegiando l'aspetto meramente pratico del vissuto "sul campo".

Riportando alla memoria una piccola classificazione dei campi dell'apprendimento nell'adulto, possiamo suddividerli in:

- Intellettivo
- Relazionale
- Gestuale

Resta alquanto palese come la formazione informatica dell'infermiere possa sicuramente rientrare tra il campo "gestuale" ed in minima parte nel campo "intellettivo" in quanto la parte meramente teorica deve essere limitata allo stretto necessario.

Chi di noi non ha per caso mai fatto un corso di B.L.S.? L'esempio del corso teorico-pratico del Basic Life Support è decisamente calzante di come si possa conciliare la poca teoria con le prove pratiche sul campo, e sviluppare il campo dei gesti in modo semplice e mirato.

Prendendo ad esempio questo tipo di formazione del personale, possiamo anche pensare alla debita formazione informatica del personale sanitario in un'Azienda. Ovviamente, pianificando dettagliatamente i contenuti.

Ma una buona pianificazione, anche se importante e basilare, potrebbe esser vanificata da un elemento spesso sottovalutato e disatteso: la motivazione; infatti non perdiamo d'occhio entrambi gli attori del progetto formativo:

docenti e discenti, e conseguentemente insegnamento ed apprendimento.

L'apprendimento è un fatto personale, ed è essenziale la motivazione per il suo compimento.

La motivazione è la chiave per il successo a parità di contenuti.

Occorre quindi:

- comprendere l'esperienza di apprendimento
- aiutare ad apprendere
- instaurare un rapporto di fiducia.

Il contratto d'aula potrebbe quindi una possibilità per positivizzare l'incontro docenti – discenti.

Esistono due tipologie di contratto; un contratto teorico e uno riguardo all'aspetto pratico, che sta diventando sempre più importante.

In questo secondo tipo è fondamentale la figura del Tutor.

Il contratto formativo d'aula è una sorta di programmazione, dove esiste uno scambio tra il docente che offre un pacchetto formativo e lo studente che si impegna ad offrire in cambio il suo impegno nel percorso proposto.

Il contratto formativo ha come effetto quello di responsabilizzare la parte adulta dello studente.(ad es: "vi faccio vedere il programma")

Esempio: il docente si rivolge agli studenti dicendo di avere un tot.ore da svolgere che si potrebbero svolgere in un certo modo...

In questo modo il docente ed il discente concordano il programma di formazione nell'interesse del discente in base agli obiettivi prefissati.

È importante effettuare il contratto di apprendimento sia teorico che pratico.

E ricordiamoci infine: **insegnamento** ed **apprendimento** vanno approcciati con la medesima importanza, in quanto entrambi fondamentali al raggiungimento del progetto formativo.

CONSULENZA TRA PARI: COME ATTUARLA IN INTERNET ED INTRANET

di **Fabrizio Tallarita**, webmaster di **INFERMIERI.COM**, webmaster della **Federazione nazionale Collegi Ipasvi**,
Infermiere presso la **Centrale Operativa Lazio Soccorso "118" di Roma**

Dopo aver parlato delle realtà aziendali e delle esigenze formative dell'infermiere in virtù dell'informatizzazione, vediamo adesso la parte forse più bella, almeno per chi quotidianamente svolge funzioni di assistenza diretta alla persona.

Nell'ottica della moderna infermieristica dove vede l'infermiere come un professionista autonomo in grado di compiere delle scelte sulla progettazione dell'assistenza, si aprono scenari sicuramente diversi di quelli concepiti qualche anno fa; ricordo con piacere e nostalgia quando l'infermiere era alla ricerca forsennata del "sapere", delle "nozioni", della manualità tecnica nei confronti dei presidi, delle conoscenze scientifiche in campo medico quasi fosse una rincorsa alla superiorità con altre categorie di operatori della salute...

Ora l'infermiere **deve** essere altro; non possiamo pensare di poterci limitare ad un mero contenitore di sapere.

Il sapere nella nostra testa si esaurisce presto, ci stanca, viene soppiantato sempre da nuove scoperte che ampliano o addirittura sostituiscono le nostre acquisite...

Il sapere è ovunque: siamo bombardati quotidianamente da una moltitudine di informazioni al giorno... migliaia, forse milioni.

Me ne accorgo la mattina quando vado al lavoro: prendo il metrò a Roma, dove in tutte le stazioni vengono distribuiti ben 3 quotidiani gratuiti, e con notizie sostanzialmente diverse... in viaggio i passeggeri commentano le notizie dei TeleGiornali del giorno prima, aggiornandole con notizie dell'ultim'ora apprese su internet...

L'informazione è ovunque, talmente tanta da sembrare inesauribile, e il cittadino è informatissimo, talmente tanto che fornirgli delle informazioni sul proprio stato di malattia spesso diventa problematico: è più informato lui di noi operatori della salute!!!

Ad esempio: vogliamo pretendere di saperne più di un diabetico sulla malattia e le possibilità terapeutiche del caso?

O meglio: vogliamo forse imparargli a praticare le iniezioni ipodermiche e pretendere di saperle fare meglio di lui?

L'esempio, puramente didattico e provocatorio, era solo per sottolineare quanta formazione ed informazione c'è al giorno d'oggi, tanto da sembrare inesauribile, ed a volte "superflua"

Sperare di continuare ad esistere l'infermiere come quello di dieci o venti anni fa, che poteva risultare agli occhi del malato un "piccolo medico" o il "saccente della corsia" o spesso purtroppo "il traduttore dal medichese all'italiano" oggi non è più possibile: rischiamo di non essere più credibili!

E peggio, rischiamo di non essere utili alla popolazione!!!

Il ruolo che si ritaglia oggi l'infermiere deve essere quello di "guida", di vero e proprio "consulente della salute", in grado di saper offrire non solo il suo bagaglio di notizie, ma soprattutto il suo bagaglio di intelligenza e di esperienza espressa in professionalità.

Deve offrirsi come **colui che soddisfa i bisogni di salute**, e non solamente quelli della malattia.

Deve poter dire "non so, ma mi documento", senza aver paura di sentirsi superato o inadeguato.

Deve conoscere però i migliori strumenti per la sua costante documentazione e formazione, integrandosi appieno con i colleghi esperti in altre discipline chiedendo ed offrendo consulenza, anche ad altri professionisti sanitari.

Del resto, l'era del "tuttologo" è ormai decisamente superata (l'"infermiere professionale Polivalente"): pretendere di avere un infermiere che sa tutto di tutto, e che sa stare in qualsiasi Unità Operativa appena ce lo metti, fortunatamente è soltanto un'utopia!!!

L'infermiere, oggi, deve ritagliarsi un suo spazio, un suo specifico professionale, e diventare un esperto clinico in un determinato campo assistenziale; ed è per questo, così, che prende valenza e forza la **consulenza tra pari**, un modo di coinvolgere un altro infermiere quando si ha un quesito dove non siamo all'altezza di risolvere.

Questo è possibile ora con i nuovi scenari formativi introdotti con gli ordinamenti didattici universitari di base (Laurea in Infermieristica) e le nuove carriere cliniche realizzate attraverso i Master di primo e secondo livello e successivamente con la Laurea specialistica, mantenendo vivo il proprio status di esperto attraverso la formazione continua.

Ed è proprio nella formazione continua dei professionisti della salute in termini di ECM che può trovare ampio spazio l'informatizzazione nell'Azienda Sanitaria, in quanto lo strumento informatico può essere veicolo di formazione a distanza attraverso ciò che da anni è diventato uno dei media più in voga: internet.

Internet è ormai diventato il mare magnum per cercare qualsiasi cosa, dalle ricette di cucina ai consigli per le vaccinazioni obbligatorie, dagli acquisti nei virtualshop allo scambio di istant messages; questo vale anche per le documentazioni scientifiche in campo infermieristico e medico, dove su internet (con delle ricerche mirate) si può trovare pressochè di tutto in base alle nostre esigenze, dalla seria ricerca all'articolo di letteratura grigia priva di fondamenti solidi.

Internet può essere considerato come uno dei migliori strumenti per il reperimento su scala mondiale di qualsiasi informazione di tipo generico: di contro, non può ancora essere considerato tale anche per la ricerca di materiale infermieristico, anche se ottimisticamente penso che la tendenza stia cambiando, visto il proliferare in questi ultimi anni di siti web infermieristici a carattere scientifico.

Questo appena detto, parlando dell'Italia, è pressochè altamente veritiero, ma per i paesi di lingua anglosassone decisamente no, calcolandone il panorama web e le relative produzioni.

La letteratura inglese ed americana in campo infermieristico è molto varia, ed i pacchetti proposti molto soddisfacenti; peccato, però, che di contro non sempre il reperimento delle informazioni abbia un buon prezzo (!)

Internet rimane però un buon strumento di comunicazione anche tra gli infermieri: non si capirebbe altrimenti perchè i nostri colleghi si scambino molto materiale via posta elettronica (e-mail) o contribuiscono in termini di opinioni attraverso i Forum o le Chat,

Quello che invece mi preme sottolineare con questa relazione è invece come alcuni strumenti, spesso misconosciuti, possono indurre ad un cambiamento decisamente positivo nelle politiche formative in Azienda in termini di formazione continua e di consulenza professionale tra pari: sto parlando delle applicazioni informatiche su rete interna, o falsamente identificate con il termine intranet.

Per intranet spesso viene associato il concetto di mini-network, o rete aziendale, in cui le informazioni vengono condivise tra gli utenti abilitati all'interno, e non all'esterno (o quantomeno in parte).

Nel network, composto da vari computer connessi (collegati) tra loro, possono funzionare vari applicativi in funzione delle esigenze e delle funzioni da far svolgere; l'esempio tipico è un database relazionale lato server dove tutti gli utenti attingono ad una base dati e possono leggere tutti contemporaneamente gli stessi dati da qualsiasi postazione essi si trovino.

Un altro esempio potrebbe essere una Cartella Integrata con tutte le informazioni condivise.

Ma questo è il presente (almeno per qualche azienda sanitaria) e comunque non di difficile implementazione.

Ben diverso è invece quello che le moderne tecnologie ci potrebbero permettere di fare: sto sognando di potermi collegare dal mio reparto di chirurgia (ipotetico) con il computer al reparto di medicina situato dall'altro lato dell'ospedale, parlare con l'esperto infermiere dell'area medica e chiedergli consulenza sul trattamento di una lesione cutanea di un paziente, e fargli vedere visivamente con una piccola telecamera lo stato della lesione o inviargliene una fotografia, mentre lui si consulta la Cartella Integrata al fine di potermi consigliare il migliore approccio di trattamento.

Questo è solo un esempio di ciò che si potrebbe fare, come anche un servizio di messaggistica via chat interna, o mettersi in comunicazione con altre strutture estere con lo stesso sistema...

E' un concetto tutto da sviluppare, ma non per questo irrealizzabile!!!