

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**NURSING AVANZATO: LA PERCEZIONE DEGLI INFERMIERI
DI TERAPIA INTENSIVA DELL'ULSS 17.
UN'INDAGINE CONOSCITIVA.**

Relatore: Prof. Stefano Bernardelli

Correlatore: Massimo Miola

Correlatore: Francesco Gastaldo

Laureanda: Giulia Menin

Matricola: 1046187

ANNO ACCADEMICO 2014/2015

Sommario

| | |
|---|----|
| INTRODUZIONE..... | 1 |
| CAPITOLO 1 | 3 |
| 1.1 Nursing avanzato come modello educativo secondo Renzo Zanotti | 3 |
| 1.2 Nursing avanzato e autocura sono sinonimi?..... | 6 |
| 1.3 Motivo dell'indagine | 7 |
| 1.4 Come individuare il paziente eleggibile al nursing avanzato | 7 |
| 1.5 La proposta di un Continuum di ruoli e l'Advanced Practice Nursing | 8 |
| 1.7 Effetti dell'assistenza avanzata sui pazienti e sugli infermieri..... | 13 |
| CAPITOLO 2..... | 15 |
| CAPITOLO 3 | 19 |
| 3.1 Anagrafica..... | 19 |
| 3.2 Domanda n. 1: da quanti anni lavora in terapia intensiva? | 20 |
| 3.3 Domanda n. 2: titolo di studio. | 20 |
| 3.4 Domanda n. 3: quale definizione di nursing avanzato (NA), secondo lei, è corretta? | 21 |
| 3.5 Domanda n. 5: quale definizione di autocura, secondo lei, è corretta? | 22 |
| 3.6: Domanda n. 4: dove ha appreso il concetto di nursing avanzato?..... | 23 |
| Domanda n. 6: dove ha appreso il concetto di autocura?..... | 23 |
| 3.7 Domanda n. 7: a suo parere i due termini possono essere usati come sinonimi? | 24 |
| 3.8 Domanda n. 8: se si, perché? | 24 |
| Domanda n. 9: se no, perché?..... | 24 |
| 3.9 Domanda n. 10: quanto ritiene di conoscere l'argomento? | 25 |
| Domanda n. 16: ritiene sia opportuno fare un corso di aggiornamento sul | 25 |
| nursing avanzato?..... | 25 |
| 3.10 Domanda n. 11: ritiene che si possa fare nursing avanzato in terapia intensiva? | 26 |
| 3.11: Domanda n. 12: se no, perché?..... | 27 |
| 3.12 Domanda n. 13: se si, perché? | 28 |
| 3.13 Domanda n. 14: secondo lei i pazienti della sua U.O. sono indirizzati all'autocura? | 29 |
| Domanda n. 15: ritiene utile che i pazienti apprendano l'autocura in terapia intensiva? | 29 |
| 3.14 Domanda n. 17: ritiene che gli studenti possano fare nursing avanzato in terapia intensiva? | 30 |
| 3.15 Domanda n. 18: perché?..... | 31 |

| | |
|--|----|
| 3.16 Domanda n. 19: ritiene che gli studenti possano essere portatori di nuove conoscenze aggiornate e quindi che gli infermieri possano apprendere dagli studenti?..... | 32 |
| 3.17 Domanda n. 20: perché? | 33 |
| 3.18 Riflessioni personali | 33 |
| CAPITOLO 4 | 35 |
| 4.1 Discussione dei risultati..... | 35 |
| 4.2 Limiti dello studio | 38 |
| 4.3 Conclusioni | 39 |
| Bibliografia | 43 |
| ALLEGATI..... | 45 |

ABSTRACT

BACKGROUND: Dibattito sulla realtà internazionale confrontata con quella italiana sul nursing avanzato. Le teorie di nursing spesso rimangono solo astratti teorici che difficilmente poi trovano applicazione nella pratica clinica quotidiana; il modello teorico del nursing avanzato trova applicazione quando l'infermiere, mediante le proprie azioni, educa il paziente a sviluppare capacità di autocura sfruttando le sue capacità residue puntando sull'empowerment.

OBIETTIVI: Lo scopo dello studio è indagare le conoscenze sul Nursing Avanzato degli infermieri della Terapia Intensiva dell'ULSS 17, se sono presenti e quali sono eventualmente gli ostacoli per attuarlo e capire la percezione che loro hanno degli studenti come portatori di nuovo sapere.

MATERIALI E METODI: Dall'analisi della letteratura sul nursing avanzato e sulla relazione tra infermiere e studente non è stato trovato alcuno strumento per l'indagine. E' stato, quindi, creato un questionario di 20 domande che andasse a esplorare tali aree per avere una mappatura del fenomeno. L'analisi dei dati è stata effettuata con il metodo della statistica descrittiva tramite programma Microsoft Excel, con esposizione dei risultati tramite rappresentazione grafica.

RISULTATI: Fra i 16 infermieri della U.O. di anestesia e rianimazione dell'ULSS 17 che hanno partecipato all'indagine è comune l'incertezza sulla teoria di nursing avanzato ritenendo di non avere sufficienti conoscenze al riguardo: tutti loro sentono il bisogno formativo. Sono distribuite le risposte relativamente all'applicazione della teoria in terapia intensiva, così anche per le motivazioni.

Interessanti i dati emersi sulla presenza dello studente come portatore di nuove teorie.

CONCLUSIONI: Gli infermieri possiedono le informazioni minime per attuare nursing avanzato ma esprimono la loro necessità di formazione: bisogno di uniformarsi allo scenario internazionale? Laurea triennale o master clinico? E' ancora aperto il dibattito.

Gli studenti quali promotori e motivatori di nuovo sapere hanno un ruolo chiave nell'evoluzione della cultura del gruppo infermieri di area critica grazie all'unione di teoria ed esperienza.

KEY WORDS: advanced practice nursing, intensive care unit, assistenza avanzata, nursing avanzato.

INTRODUZIONE

La tematica affrontata è quella del nursing avanzato in terapia intensiva.

Durante il tirocinio di terzo anno lo studente deve sviluppare un report di nursing avanzato in una U.O. e su un paziente di sua scelta. Studenti e infermieri si domandano se sia possibile effettuarlo in U.O. di anestesia e rianimazione.

Perché si interrogano su questo?

L'organizzazione del lavoro dell'infermiere in Terapia Intensiva è caratterizzato al contempo da elevati livelli di routine ed interventi ad alta specificità, tanti interventi a volte complessi in poco tempo poiché spesso si devono ripetere in tempi ristretti (per esempio la raccolta dei parametri vitali).

Tutto ciò comporta un ridotto controllo del *professional* su alcuni processi: sul processo diagnostico che non è unicamente del medico anestesista e sulla gestione e organizzazione del lavoro per la variabilità imprevedibile dello stato di salute del paziente. L'infermiere è in primis colui che ha il contatto con l'assistito e per primo deve notare i cambiamenti ed essere in grado di fare diagnosi infermieristica basata sulle evidenze di problemi attuali o potenziali e avere capacità di *decision making* anche in assenza temporanea del medico: si crede che il più grande valore costitutivo e teorico di diagnosi infermieristica dovrebbe portare ad aumentare il potenziale di salute e l'autonomia del paziente, della famiglia e del gruppo (Zanotti & Chiffi, 2014). L'infermiere deve avere l'abilità di dare una priorità in breve tempo e se è necessario lasciare un intervento di minor importanza per cominciarne un altro su un altro paziente che ha criticità in quel momento. Si crea così una frammentazione del lavoro e una sinergia tra le varie figure professionali che operano all'interno della U.O.

Possiamo, quindi, introdurre il nursing avanzato dando autonomia d'azione all'infermiere su tutto ciò che non è invasivo e farmacologico ma che genera salute con effetti positivi? Con quale modello di riferimento?

Lo scopo della tesi è quello di indagare la percezione sul nursing avanzato che hanno gli infermieri della terapia intensiva di Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta presso la località di Schiavonia, se sono presenti e quali sono eventualmente gli ostacoli per attuarlo e capire la percezione che loro hanno degli studenti come portatori di nuovo sapere.

L'argomento di tesi è stato utilizzato per partecipare al 34° congresso nazionale Aniarti con la presentazione di un poster.

Il congresso si terrà l'11-12-13 novembre a Riva del Garda (Tn) e tratta gli standard infermieristici in area critica, come gli infermieri cambiano l'assistenza sanitaria e la vita delle persone. La tesi sarà presentata con un poster e concorrerà per il premio "miglior poster Aniarti 2015".

Il primo capitolo tratta il nursing avanzato secondo quanto emerso dalla revisione di letteratura: modello educativo italiano di R. Zanotti a confronto con la proposta di un continuum dell'International Council of Nursing; descrizione delle attività dell'Advanced Nurse Practitioner in terapia intensiva nel modello internazionale.

Il secondo capitolo enuncia il disegno dello studio, il campionamento, il contesto nel quale è stata fatta l'indagine, in che modo si sono raccolti i dati e descrive lo strumento utilizzato per l'analisi.

Il terzo capitolo espone i risultati provenienti dai 16 questionari raccolti, elaborati con statistica descrittiva e rappresentati graficamente.

Nell'ultimo capitolo si discutono i risultati ottenuti e si conclude con una proposta per la formazione degli infermieri.

CAPITOLO 1

Ho cominciato ad indagare sul problema a partire dalla letteratura e inizialmente ho avuto difficoltà ad individuare le parole chiave da utilizzare nelle banche dati in quanto nursing avanzato non ha una traduzione inglese letterale e ho notato che il significato cambia internamente da Paese a Paese.

Ho provato a ricercare *Advanced Practice Nursing* che mi ha trovato risultati per quanto riguarda l'assistenza avanzata come la intendono nel mondo. Associando anche *Intensive Care Unit* la ricerca ha prodotto un articolo che descrive la figura dell'Advanced Practice Nurse secondo un modello organizzativo anglosassone (Jackson & Carberry, 2015), con *self care* non ha prodotto risultati specifici di mio interesse per l'area (ho trovavo articoli sulla gestione del diabete per lo più). Dal sito internet saluteinternazionale.com, consultato il giorno 9 luglio 2015, ho apprezzato un articolo scritto da Cecilia Sironi che mi è stato utile per comprendere il modello organizzativo sull'assistenza avanzata (Sironi, 2011).

Dalla letteratura è emerso che non vi è nulla di chiaro e che il dibattito sulla questione è ancora aperto. Non esistono modelli precisi ma sono presenti due proposte ben distinte per il nursing avanzato nel mondo.

La prima è quella di Renzo Zanotti che prevede che il nursing avanzato venga insegnato durante la Laurea triennale in infermieristica ed è un modello educativo che prepara infermieri competenti e decisori in strategie di nursing differenti dalla prassi medica. Questa è ad oggi la formazione fornita dall'Università di Padova allo studente che deve apprendere cos'è il nursing avanzato (Zanotti, 2015).

La seconda, anglosassone, proviene dalla riunione dell'International Council of Nurses che ha proposto un modello di politica professionale sviluppando una formazione post-base che abilita ad una prassi medica più avanzata creando infermieri con competenze estese all'area specifica, dando un'organizzazione interna di ruoli (Sironi, 2011).

Sono modi diversi di pensare la prassi che quando vengono descritti diventano modelli che non necessariamente si escludono, possono integrarsi.

1.1 Nursing avanzato come modello educativo secondo Renzo Zanotti

Secondo il teorico vivente Renzo Zanotti, nursing avanzato è l'infermiere che, mediante le proprie azioni, educa il paziente a sviluppare autocura sfruttando le sue capacità

residue. Il professionista, dotato di competenze e responsabilità, utilizza tecniche fattibili, appropriate e osservabili che messe in pratica al tempo T_0 apportano cambiamenti positivi nelle condizioni di salute del soggetto al tempo T_1 (Zanotti, 2015).



Questo livello avanzato presuppone un nursing di base definito come assistenza diretta alla persona con approccio sostitutivo, di supporto ed informativo nel qui ed ora (quello che l'infermiere fa sul paziente), attività alberghiera e routine del reparto e non è necessaria la partecipazione attiva del malato.

Nursing avanzato è invece quando l'infermiere si attiva a prestare assistenza ai casi di maggior rischio, complessità, instabilità e variabilità di stato di salute del soggetto educandolo alla sviluppo di tecniche che lo rendano capace e autonomo di provvedere a se stesso e alla sua condizione, verificando poi che queste abbiano efficacia (Zanotti, 2010). Questo richiede due condizioni: che i pazienti partecipino attivamente e che abbiano potenziali capacità di prendersi cura di se stessi in maniera indipendente. Il vero potere dell'infermiere sta nel prendersi cura del malato stimolando i potenziali di salute e aiutandolo a fargli prendere consapevolezza su come gestire al meglio la sua salute. E' un'entità separata dalla medicina, l'infermiere agisce sulla consapevolezza dell'assistito e non unicamente sulle funzioni biologiche. (Zanotti, 2015).

Suddividendo le attività tra livello base e avanzato, considerando anche le variabili rischio, invasività e variabilità dello stato di salute, un compito rientra nella categoria avanzata, per esempio, quando vi è:

- Una attività educativa-di preparazione del paziente: riguarda tutti gli interventi rivolti allo sviluppo di autocura; inclusi la preparazione all'intervento chirurgico o invasivo, diagnosi infausta, all'autogestione della terapia e all'autocontrollo della sintomatologia. Non vanno inclusi gli interventi occasionali, estemporanei o quelli per i quali non è prevista un'educazione. L'approccio è educativo-relazionale.

- La raccolta campioni con invasività: i criteri di invasività e rischio includono l'attività in questo livello, non la natura tecnica dell'esame.
- Posizionamento di sonde e cateteri: invasività e rischio sono i fattori che determinano il livello. Va escluso il posizionamento di sonde rettali o nasali qualora non vi sia rischio dato che è poco invasivo.
- La verifica dello stato fisico, capacità e funzionalità dell'assistito: l'attività rientra nel livello avanzato per la capacità di valutazione critica e la produzione di un giudizio clinico che influirà sulle scelte successive. Rientra anche la verifica del post-operato, di ingresso e di pre-dimissione.
- La somministrazione di farmaci e sostanze medicamentose: questa attività è vincolata da norme giuridiche per l'attribuzione al professionista. I criteri sono quelli di invasività e di rischio (effetto del farmaco).
- Un intervento terapeutico-assistenziale: riguarda l'applicazione di stimoli fisici e sensoriali che producano un effetto di miglioramento. Questi interventi poggiano su delle evidenze scientifico-empiriche, non vanno inseriti se non si hanno elementi sufficienti per giustificare l'attuazione e verificarne gli effetti. (Zanotti, 2010)

I compiti che invece rientrano nella categoria di base, per esempio sono:

- Accompagnamento del paziente: in assenza di instabilità e non richiede supporto vitale o controllo del comportamento.
- Supporto ad attività medica con assistenza all'intervento: assistenza all'utilizzo di strumenti e attrezzature su indicazione diretta del medico.
- Attività informativa: istruzioni e informazioni per procedure a prassi definita.
- Attività fisica preparatoria dell'utente per indagini/intervento: riguarda il posizionamento, la pulizia, tricotomia, informazioni tecniche e ciò che è necessario. Sono da escludere gli interventi educativi per la gestione dell'ansia, la preparazione emotiva all'intervento chirurgico e l'autocontrollo della sintomatologia. Vanno escluse dalla classe le attività che prevedono l'introduzione di sonde, aghi, cateteri, la valutazione dei tessuti, la somministrazione di farmaci in vasi o tessuti (per i criteri di invasività e rischio).
- Controllo parametri di funzionalità con registrazione: raccolta di dati con apparecchiature elettrica e/o elettronica che non richiede invasività e

responsabilità interpretativa. Escluse le rilevazioni con valutazione in itinere per la validità del dato.

- Impacchi e bendaggi: procedure con uso di materiali topici (basso rischio); non richiede una capacità valutativa dello stato dell'assistito.
- Supporto ad attività medica con preparazione del necessario: compiti di preparazione di materiale per interventi chirurgici, diagnostico esplorativi, terapeutici, di supporto vitale.
- Preparazione della salma: attività regolata da norme e procedure.
- Raccolta campioni biologici: raccolta che non comporta invasività nell'organismo.
- Sostituzione-sostegno di funzioni dell'assistito: assistenza diretta tramite sostituzione o sostegno di un'azione che in condizioni di salute l'assistito farebbe in autonomia. Sono le attività di posizionamento, spostamento, sostegno alla deambulazione, pulizia diretta, imboccare, ecc. (Zanotti, 2010)

“L'assistenza avanzata diventa attività attuata per perseguire il massimo beneficio (riduzione della dipendenza) per l'assistito tramite lo sviluppo delle sue (o del gruppo) funzioni e abilità, dove nel malato terminale queste consistono nell'affrontare in modo migliore la propria morte o quella della persona cara” (Zanotti, 2002). Questo richiede oltre alle competenze per la gestione standard quali abilità di esecuzione tecnica, abilità relazionali, abilità di pensiero critico, anche abilità di pensiero concettuale e di progettazione.

1.2 Nursing avanzato e autocura sono sinonimi?

Autocura è un trattamento curativo che la persona fa su se stessa (Gabrielli, 2015) e include tutte quelle azioni/tecniche aggiuntive che la persona impara per gestire la propria malattia in autonomia con le proprie capacità residue. Si capisce quindi che autocura è un concetto compreso in quello di nursing avanzato che è più ampio. Fare nursing avanzato significa portare la persona, con strategie di nursing, che non sono farmacologiche, ad avere consapevolezza della salute e di come autocurarsi gestendo la malattia.

Vedremo meglio nei prossimi capitoli com'è la percezione degli infermieri al riguardo e come si può interpretare la risposta a tale domanda.

1.3 Motivo dell'indagine

Sul modello educativo di Renzo Zanotti, gli studenti iscritti al terzo anno del C.d.L. in Infermieristica dell'Università degli studi di Padova devono presentare un report di un caso su cui si può attuare nursing avanzato.

Inizialmente tutti gli studenti di infermieristica della sede di Monselice si chiedevano se fosse possibile applicare il nursing avanzato in terapia intensiva ma immediatamente si è chiarito il concetto: fare nursing avanzato non significa solo fare autocura perché richiede un livello complessivo superiore di competenza e responsabilità dell'infermiere e comprende anche le attività su soggetti con instabilità, a rischio per la variabilità dello stato di salute (Zanotti, 2010).

Appurato ciò, ho ritenuto interessante indagare su questo dubbio presente anche fra gli infermieri che vi lavorano, analizzando il livello delle loro conoscenze sul tema, ricercando gli eventuali ostacoli che ritengono esserci nella U.O. che impediscono l'attuazione del nursing avanzato e valutando la percezione che loro hanno degli studenti come portatori di nuovo sapere.

1.4 Come individuare il paziente eleggibile al nursing avanzato

Non essendoci letteratura che spieghi come realizzare il report di nursing avanzato per gli studenti di terzo anno o comunque che indichi come individuare il paziente eleggibile all'autocura, si fa riferimento a quanto detto dai tutor di terzo anno durante i laboratori che hanno un'esperienza pluriennale nel settore.

Dopo un'analisi organizzativa contestualizzata al reparto, si individua la persona che soddisfa i criteri definiti in precedenza per stabilire la sua eleggibilità all'autocura; se questa non è eleggibile si provvede ad identificare un caregiver da educare fra le persone di riferimento. In letteratura ho individuato che i criteri indispensabili per attuare nursing avanzato sono la partecipazione attiva del soggetto alla propria assistenza, la presenza di potenzialità di miglioramento, la presenza di interventi

aggiuntivi a quelli standard che possano aumentare la performance della persona e risorse disponibili (Zanotti, 2015).

Gli altri criteri variano in base alla tipologia di paziente e al reparto: nello specifico della terapia intensiva si possono considerare criteri quali stato di coscienza, temperatura corporea, età, comorbidità, stato nutrizionale, emodinamica, funzionalità respiratoria e modalità di ventilazione, tipo di intervento, dolore. Tali criteri sono stati individuati da alcuni studenti che hanno svolto il report di terzo anno in terapia intensiva.

Oltre a considerare le caratteristiche dell'assistito e/o del caregiver si devono tenere in considerazione il contesto (logistica, tempo a disposizione, setting, riservatezza, consenso), i trattamenti già in atto, le altre figure professionali, l'organizzazione del lavoro, l'obiettivo e la competenza infermieristica.

1.5 La proposta di un Continuum di ruoli e l'Advanced Practice Nursing

L'infermiere che si occupa di assistenza avanzata è proposto sulla base della forma organizzativa dell'Advanced Practice Nursing assunta nell'infermieristica negli Stati Uniti, in Inghilterra e in alcuni paesi del Nord Europa continentale. Il concetto ha origine negli Stati Uniti e in Canada nel 1960 e ha raggiunto il Regno Unito nel 1980 per rispondere alle nuove esigenze sanitarie (AA. VV. Azienda ULSS 6, Vicenza, 2011). Tuttavia la letteratura non riferisce una chiara e concordata definizione sulla pratica avanzata sia in Italia che all'estero.

L'International Council of Nurses (ICN) ha proposto un Continuum di figure per garantire tutti gli interventi, in base agli standard che la professione richiede. La vision che ha unito gli esperti per proporre il cambiamento è: maggiori benefici e risultati di salute per le persone, le famiglie e le comunità attraverso la disponibilità di servizi infermieristici competenti, culturalmente sensibili e basati su prove di efficacia. L'ICN ha sempre lavorato per migliorare i servizi sanitari con la mission di fissare standard internazionali per la professione nelle aree dell'esercizio, della formazione e del benessere socio-economico (Sironi, 2011).

La struttura del Continuum identifica le categorie del personale e organizza le competenze di ciascun gruppo in tre ambiti principali e in alcune sotto-sezioni. Questo

con la volontà di fornire uno schema per gli infermieri di tutto il mondo allo scopo di definire il campo di variazione delle conoscenze, delle abilità e delle competenze di chi eroga assistenza infermieristica. La suddivisione è stata così pensata:

- personale di supporto: categoria ausiliaria che aiuta direttamente nell'assistenza seguendo gli standard e sotto la direzione di un infermiere. Non è iscritto all'albo e non ha nessuna abilitazione, non ha ambito di esercizio legalmente definito né formazione obbligatoria.
- infermiere pratico: è in possesso di una licenza che lo autorizza ad esercitare la professione entro i limiti di un ambito di esercizio e sotto la supervisione di infermieri abilitati attuando interventi pianificati in accordo con gli standard infermieristici e della buona pratica.
- infermiere abilitato: professionista sanitario auto-regolato che lavora autonomamente e in collaborazione attuando procedure, trattamenti ed interventi che rientrano nel suo ambito di esercizio e che possiede un titolo di studio approvato dall'ente che regola la professione, ha superato la valutazione richiesta per l'iscrizione all'albo e continua a rispettare gli standard stabiliti per esercitare la professione.
- infermiere specializzato: è preparato oltre il livello di un infermiere abilitato ed è autorizzato ad esercitare come specialista con esperienza e competenze avanzate in uno specifico campo dell'infermieristica rispettando sempre gli standard di assistenza e di buona pratica.
- infermiere di assistenza infermieristica avanzata: è un infermiere abilitato che ha acquisito una base di conoscenze a livello di esperto, capacità di prendere decisioni complesse e competenze cliniche per esercitare una pratica allargata. Queste caratteristiche dipendono dal Paese in cui è abilitato ad esercitare (Sironi, 2011).

Questo Continuum vuole essere uno strumento di aiuto per comunicare la differenziazione di ruoli e la crescente complessità di competenze per rispondere alle richieste del cittadino su diversi livelli chiarendo le relazioni e le responsabilità delle figure. Resta un quadro di riferimento utilizzato in diversi modi nei Paesi del Mondo.

La suddivisione non vuole essere prescrittiva ma può essere uno spunto per guidare anche lo sviluppo professionale italiano poiché molti problemi della professione sono

identici a quelli di altri Paesi e i metodi di affronto possono essere una soluzione per uscirne. Qualunque sia la situazione economica, la cultura e la sanità in un Paese, gli infermieri dovrebbero essere in grado di offrire alla popolazione la gamma completa di servizi che essi possono offrire in base agli standard che la professione infermieristica richiede (Sironi, 2011).

Sebbene una revisione di letteratura dimostri che manca chiarezza sul concetto di Advanced Practice Nursing, sembra esserci un consenso internazionale sui domini della pratica avanzata (figura 1) che riguardano l'assistenza estesa, diretta e autonoma, sviluppare programmi e attività educative, la ricerca infermieristica, migliorare i sistemi di assistenza, sviluppare la pratica, la leadership e la gestione del budget, di programmi e del personale. Alla base dei processi è importante ricordare l'importanza della collaborazione sostenendo che tutte le figure professionali contribuiscono al raggiungimento dell'obiettivo di cura, dell'aggiornamento e dell'empowerment (Hutchinson, East, Stasa, & Jackson, 2014) (AA. VV. Azienda ULSS 6, Vicenza, 2011).

| Domain | Category | Subcategory | Work tasks |
|---|---|---|--|
| Autonomous or nurse-led extended clinical practice | <ul style="list-style-type: none"> Advanced direct care interventions Oversights care plans and optimizes care | <ul style="list-style-type: none"> Provides complex or advanced therapeutic interventions Undertakes nurse-led case management Makes differential diagnosis Undertakes comprehensive patient assessment Optimizes care by working across service and discipline boundaries Identifies risk and intervenes to promote patient safety | <ul style="list-style-type: none"> Requests diagnostic procedures Prescribes and manages medication and iv therapy Informs, educates, and supports families Performs advanced care interventions Makes and receives referrals Develops and evaluates plans of care Undertakes case management and care coordination Admits and discharges patients Delivers nurse-led clinics Links across services to integrate care pathways and delivery of care Liaises between medical and nursing staff to optimize care pathways and delivery of care Identifies other clinician errors, untoward events- and substandard care Provides directive advice to avert error or minimize risk |
| Develop and deliver educational programs and activities | <ul style="list-style-type: none"> Identifies learning needs and develops programs/resources Provides in-service/continuing education Delivers undergraduate and postgraduate education Delivers education to the nursing and multidisciplinary team | | |
| Nursing research/scholarship | <ul style="list-style-type: none"> Engages in research Designs/leads nursing research | | <ul style="list-style-type: none"> Conducts clinical audits/evaluates clinical services |
| Improving systems of care | <ul style="list-style-type: none"> Leads quality assurance programs Audit/evaluation to improve practice/systems Leads change/practice improvement Engages in strategic planning Establishes practice standards/monitors clinician performance | | <ul style="list-style-type: none"> Works to improve systems of care Challenges current practice Develops new services/programs Develops policies/guidelines Audits clinical practice/service standards |
| Developing the practice of others | <ul style="list-style-type: none"> Engages in active knowledge translation Provides expert guidance/advice for other clinicians | | <ul style="list-style-type: none"> Supports generalist nurses with specialist knowledge Implements evidence/disseminates knowledge Advices on evidence-based practice and equipment Expert guidance and advice Preceptors/mentors nursing/medical staff Expert consultancy, ward rounds, and outreach Works alongside others to role model/provide support |
| Leadership external to the organization | <ul style="list-style-type: none"> Develops high-level partnerships Engages in external leadership | | |
| Administers programs, budgets, personnel | <ul style="list-style-type: none"> Engages in recruitment/retention activities Administers budgets/program staff | | |

Figura 1 Domini. (Hutchinson, East, Stasa, & Jackson, 2014)

1.6 Advanced Nurse Practitioner in Critical Care

Molti paesi esteri hanno intrapreso la via di introdurre un ruolo innovativo per l'assistenza avanzata riconoscendo come un importante aspetto nel contributo per la salute.

Nasce quindi la figura dell'Advanced Practice Nurse in Critical Care (APNCC) che svolge le seguenti attività: assistenza clinica avanzata e di *decision making*, documentare i risultati, attività di prescrizione indipendente, procedure invasive avanzate come l'inserimento di catetere venoso centrale e di linee arteriose. Per essere infermiere di assistenza avanzata in terapia intensiva però, differentemente dall'Italia, non è sufficiente la formazione di base ma è necessaria una formazione aggiuntiva di un master in pratica avanzata o in assistenza critica in terapia intensiva.

Ma quali sono le effettive attività di un APNCC secondo la letteratura?

Le banche dati forniscono un articolo (Jackson & Carberry, 2015) che parla delle attività settimanali di un APNCC (figura 2) che evidenzia che per il 46% del tempo svolge assistenza clinica in reparto, per il 10% raccoglie dati, 12% si occupa di fare accertamenti/valutazioni del paziente in modo indipendente e il 6% del carico di lavoro è quello di inserire linee invasive.

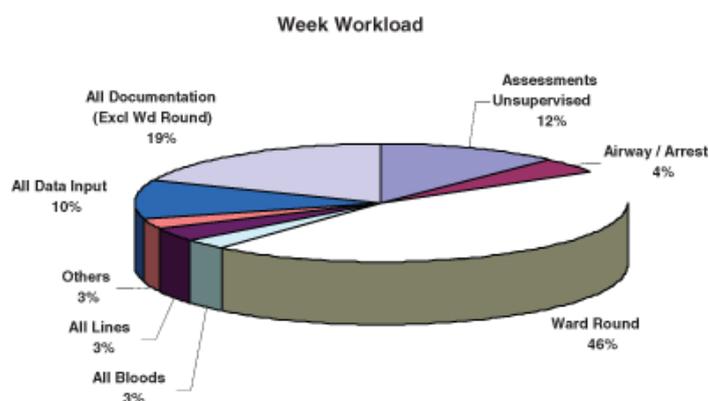


Figura 2 Week workload. (Jackson & Carberry, 2015)

Molto tempo è speso in *ward round* quindi in valutare in modo completo il paziente, prendersi cura dell'assistito organizzando il piano di cure. Le attività di reparto (figura 3) sono state sotto categorizzate e la ricerca ha prodotto che per il 35% del tempo si occupa di valutare, esaminare e presentare i pazienti e di riportare dati clinici evidenti. Una parte sostanziale del carico di lavoro (59%) è riservata all'attività di prescrizione (non possibile in Italia): il 25% di tutte le richieste sono per antimicrobici, 27% sono per sangue, fluidi ed elettroliti, 11% per analgesici e sedativi (figura 4).

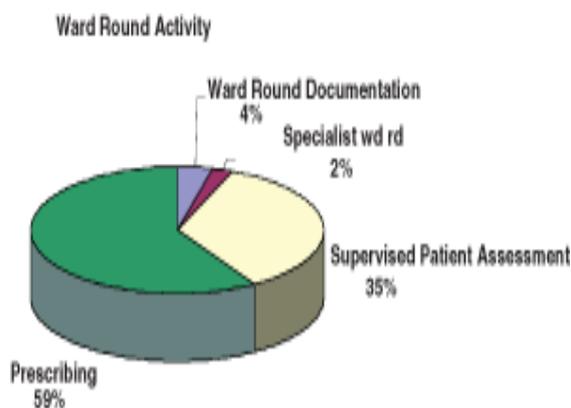


Figura 3 Ward Round Activity.
(Jackson & Carberry, 2015)

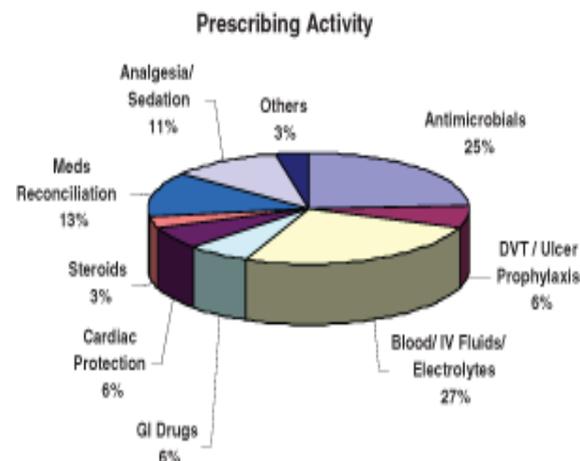


Figura 4 Prescribing Activity.
(Jackson & Carberry, 2015)

L'APNCC si muove con una certa indipendenza dal medico e svolge interventi tradizionalmente eseguiti dagli specializzandi anestesisti essendo adeguatamente formato per farlo mediante un *training*. L'articolo mostra come *l'advanced nurse practitioner* dia un notevole contributo nell'assistenza in area critica ma svolge prettamente attività mediche, senza individuare strategie alternative di nursing (Jackson & Carberry, 2015). Ciò che distingue un APNCC da chi presta cure mediche è l'approccio olistico per la salute della persona (Arsalanian-Engoren, Hicks, Whall, & Algase, 2005).

1.7 Effetti dell'assistenza avanzata sui pazienti e sugli infermieri

Internazionalmente quindi l'infermiere di assistenza avanzata svolge assistenza diretta in situazioni complesse sia sul piano clinico che relazionale ma riveste un ruolo di fondamentale importanza anche nell'educazione del paziente e del caregiver, fungendo da guida per sviluppare capacità di autocura e autogestione della malattia.

Si sono osservati gli effetti di una pratica avanzata sugli esiti di salute dei pazienti e si evidenzia:

- la riduzione della durata di degenza
- diminuzione del numero di riammissioni non programmate
- diminuzione della mortalità
- riduzione delle complicanze

- diminuzione degli errori

Sugli infermieri si è visto che il riconoscimento di un ruolo ha portato a:

- aumentare la capacità di trattenere gli infermieri
- aumentare la soddisfazione e la performance
- ridurre lo stress e il turn-over
- orientare all'autoformazione
- reclutare giovani

Il rischio nel quale si può incorrere attuando questo passaggio è che l'infermiere può cadere erroneamente in una maggiore medicalizzazione e cerchi di diventare un "mini-medico" invece di dare significato alle sue competenze avanzate in campo specifico ed usare tecniche non farmacologiche per gestire situazioni derivanti dalla malattia (AA. VV. Azienda ULSS 6, Vicenza, 2011).

CAPITOLO 2

Prima di svolgere la ricerca, ho ritenuto opportuno avere un colloquio informale con il Professor Renzo Zanotti per avere chiaro il suo punto di vista sulla teoria del nursing avanzato.

Ho poi svolto l'indagine all'interno della U.O. di anestesia e rianimazione di Ospedali riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta presso la località di Schiavonia che comprende il personale proveniente dalla fusione della rianimazione di Este e di Monselice.

Nella Unità Operativa citata vengono ricoverati pazienti critici che necessitano di supporti artificiali per garantire le funzioni vitali o di uno stretto monitoraggio per consentire tempestive variazioni terapeutiche. Il settore è pluridisciplinare ed è caratterizzato da un'alta specializzazione nel trattamento delle gravi patologie dell'apparato respiratorio, circolatorio e neurologico; 31 medici e 28 infermieri sono in continua formazione su programmi e tematiche specifiche dell'area critica. E' dotato di una tecnologia moderna per aumentare la capacità di rispondere ai bisogni del cittadino ed effettuare interventi ad alta specializzazione: ogni posto letto (n° 12) è attrezzato con apparecchi di ultima generazione e tecnologicamente avanzati per il monitoraggio, sostegno e cura delle funzioni vitali. Si utilizza la cartella informatizzata, accessibile da ogni postazione, che ha collegamenti in interfaccia con strutture di diagnosi. (Anestesia e Rianimazione, 2015)

Previa richiesta di approvazione da parte del direttore generale, è stata fatta un'indagine osservazionale nella U.O. di anestesia e rianimazione mediante un questionario della durata di circa un mese: inizialmente doveva durare dal 1 agosto al 28 agosto ma, date le assenze programmate e al giorno di ritiro erano stati compilati 15 questionari, ho ritenuto opportuno prolungare la raccolta fino al 10 settembre (ritirandone 17).

Dalla letteratura non è emerso un questionario idoneo alla mia ricerca. Ho ritenuto necessario crearlo ad hoc per il reparto.

Come si può vedere nell'allegato n.1, il questionario è composto da 20 domande a risposta multipla e ho voluto ricreare uno spazio per le riflessioni personali o i commenti per chi avesse voluto comunicarmi qualcosa (facoltativo). Ho aggiunto una pagina introduttiva dove ho spiegato chi sono, lo scopo della ricerca, il tempo che avrebbe occupato la compilazione, le scadenze, la garanzia del rispetto di quanto

previsto dal Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003, Codice in materia di protezione dei dati personali ed infine i ringraziamenti.

Le aree esplorate sono:

- Generalità (età, sesso, titolo di studio ed esperienza lavorativa nella suddetta U.O.; sono omessi i dati personali garantendo l'anonimato).
- Concetto di nursing avanzato.
- Concetto di autocura.
- Necessità di applicare i concetti ai pazienti intensivi.
- Percezione dell'infermiere sui limiti del reparto per l'attuazione del nursing avanzato.
- Riflessione sulla necessità personale di formazione sull'argomento.
- Percezione che gli infermieri hanno nei riguardi degli studenti come portatori di sapere.

Ho utilizzato definizioni provenienti dalla letteratura terziaria e la mia poca esperienza di tirocinio per pensare alle risposte più idonee, a quelle che avrebbero potuto dare, e quelle che potevano trarre in inganno.

Ho incluso nell'indagine tutti gli infermieri che attualmente lavorano nella U.O. di anestesia e rianimazione dell'Ulss17 perché ho notato durante il tirocinio una certa curiosità in loro sull'argomento e perché è meno frequente educare all'autocura in un'area di criticità. Nessun criterio di esclusione per gli infermieri, ho escluso però le altre figure professionali che ruotano attorno al paziente in quanto non sono necessariamente tenute a sapere cos'è il nursing avanzato.

Non ho previsto un momento codificato e un luogo particolare per la compilazione che è avvenuta in un periodo di sei settimane, considerando tuttavia che una variabile confondente è che poteva essere effettuata anche durante il turno notturno.

Ho consegnato al coordinatore infermieristico del reparto 28 questionari, che ha gentilmente provveduto a sistamarli a portata degli infermieri. In accordo col coordinatore ho richiesto la cortese collaborazione di tutti gli infermieri per la raccolta dati in mia assenza. Io mi sono recata settimanalmente presso il reparto per controllare che procedessero con la compilazione e per evidenziare eventuali problemi, incomprensioni o difficoltà relativamente alle domande.

Per l'analisi dei dati ho utilizzato il metodo della statistica descrittiva tramite programma Microsoft Excel, con esposizione dei risultati tramite rappresentazione grafica con istogramma o con grafico a torta e commento, come si vedrà nel capitolo successivo.

CAPITOLO 3

Il campione a cui è stato chiesto cortesemente di partecipare all'indagine è formato da tutti gli infermieri della U.O. di anestesia e rianimazione di Ospedali Riuniti Madre Teresa di Calcutta nella località di Schiavonia. La percentuale di risposta è stata di 61% poiché ho ritirato 17 questionari su 28 consegnati, alcuni dei quali non sono stati compilati correttamente secondo le indicazioni da me fornite. Ad esempio molti hanno indicato più risposte anche dove ne andava segnata solo una o non hanno risposto per niente ad alcune domande; è un limite del questionario cartaceo. Per garantire coerenza interna sono state considerate corrette tutte le risposte fornite anche dove ne andava segnata solo una. Nel caso in cui, da una domanda dicotomica si doveva dare motivazione del perché sì o perché no, ed è stata segnata risposta in entrambe le domande si è scartata la risposta non coerente con la precedente. Sono state riportate tutte le considerazioni scritte volontariamente dai partecipanti anche se non richiesto dal questionario.

Fra i 17 questionari, uno non era compilato ma è stato consegnato come tale se non per la parte anagrafica; si sono dovute quindi considerare le risposte di sole 16 persone ma per età, sesso e titolo di studio è stata inserita anche la diciassettesima.

Il questionario (allegato 1) comincia con domande di anagrafica quali età, sesso, titolo di studio e esperienza nella suddetta U.O., garantendo l'anonimato.

3.1 Anagrafica: età e sesso

E' emerso che hanno partecipato 4 maschi, 9 femmine e 4 non si sono espressi.

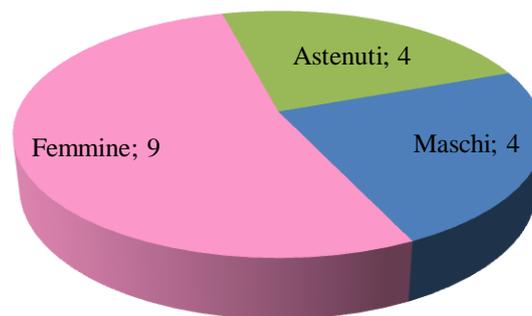


Grafico 1 Anagrafica.

7 infermieri non hanno voluto scrivere l'età, dei 10 è stato rilevato che hanno una media di 45 anni (44,6), il più giovane che ha partecipato ha 38 anni e il più anziano 53.

| | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 38 | 39 | 41 | 43 | 43 | 44 | 48 | 48 | 49 | 53 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

3.2 Domanda n. 1: da quanti anni lavora in terapia intensiva?

Si è indagato da quanti anni lavorano in Terapia intensiva ed ho rilevato che il 37% del personale che ha risposto (7 infermieri) lavora in quella U.O. dai 10 ai 20 anni, il 25% (4) lavora dai 5 ai 10 anni, il 19% (3) da più di 20 anni e il restante 19% (3) da meno di 5 anni.

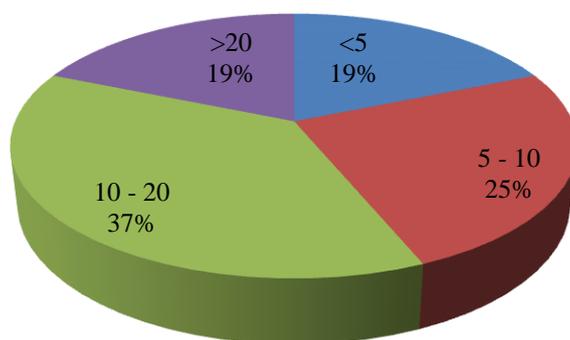


Grafico 2 Da quanti anni lavora in terapia intensiva?

3.3 Domanda n. 2: titolo di studio.

Il titolo di studio è utile per capire quanti infermieri hanno una formazione di base e di che tipo e quanti hanno formazioni aggiuntive. Solo 3 infermieri hanno il master, gli altri presentano una formazione di base: la maggior parte ha titoli equipollenti (12 persone), 5 hanno la laurea in infermieristica. Ricordo che il nursing avanzato è stato introdotto esplicitamente solo recentemente come insegnamento del terzo anno nel C.d.L. in infermieristica.

FORMAZIONE DI BASE

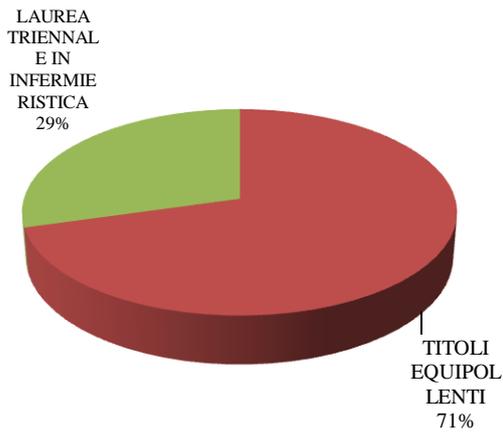


Grafico 3 Titolo di studio.

FORMAZIONE AGGIUNTIVA

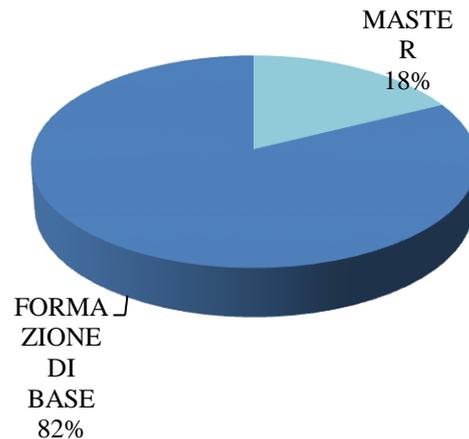


Grafico 4 Titolo di studio.

3.4 Domanda n. 3: quale definizione di nursing avanzato (NA), secondo lei, è corretta?

Le domande successive sono sulle conoscenze del concetto di nursing avanzato e di autocura. Per quanto riguarda la definizione di nursing avanzato 12 infermieri hanno risposto che l'infermiere educa il paziente all'autocura sfruttando le sue capacità residue e sa correttamente individuare i pazienti a rischio nei quali andrà a fare manovre invasive. In 4 hanno pensato che nursing avanzato è attuato unicamente quando l'infermiere educa il paziente all'autocura senza includere quindi la variabilità dello stato di salute, l'instabilità e il rischio. Una persona ritiene che siano anche tecniche avanzate per le quali è necessario un corso di aggiornamento.

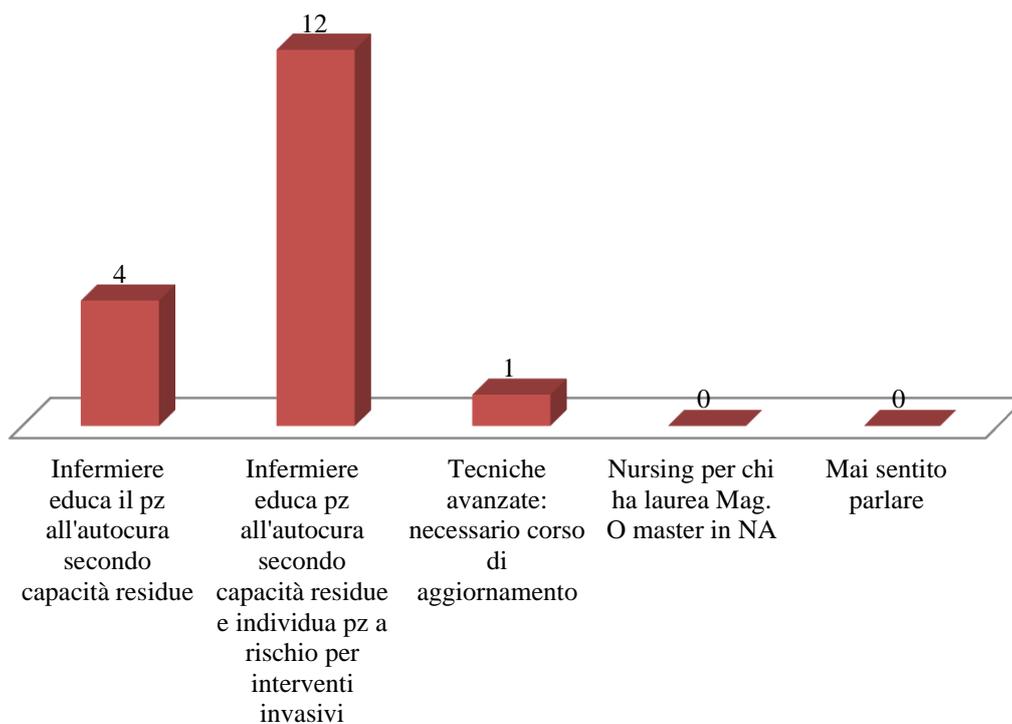


Grafico 5 Quale definizione di NA, secondo lei, è corretta?

3.5 Domanda n. 5: quale definizione di autocura, secondo lei, è corretta?

E' stato chiesto, poi, quale sia, secondo loro, la definizione di autocura corretta per valutare quanta affinità c'è fra i due significati. Il totale delle risposte risulta 17 poiché una persona ha dato due risposte e le ho inserite entrambe. Uno ha risposto che è un trattamento curativo effettuato dal paziente su se stesso: questa definizione è stata presa direttamente dal dizionario. La maggioranza (11) ritiene che siano azioni/tecniche aggiuntive che la persona impara per gestire la propria malattia in autonomia con le proprie capacità residue; 5, invece, hanno risposto con una delle definizioni presenti nella domanda precedente sul nursing avanzato: l'infermiere educa il paziente all'autocura sfruttando le sue capacità residue.

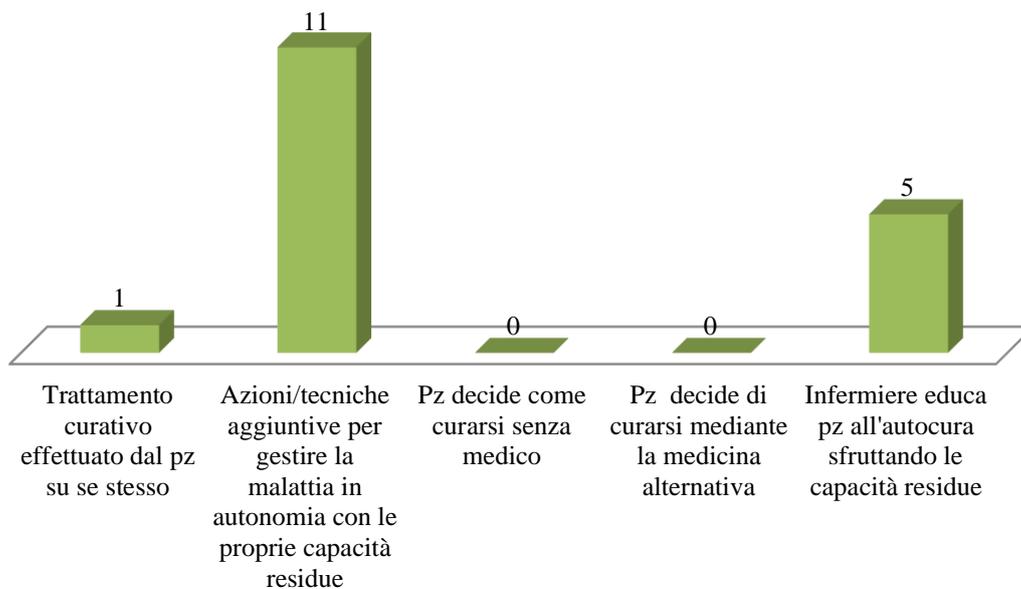


Grafico 6 Quale definizione di autocura, secondo lei, è corretta?

3.6: Domanda n. 4: dove ha appreso il concetto di nursing avanzato?

Domanda n. 6: dove ha appreso il concetto di autocura?

E' stato indagato in che modo sono venuti a conoscenza dei due concetti. Poiché le scelte sono le medesime per entrambe le domande, ho creato un unico grafico per mettere a confronto i risultati.

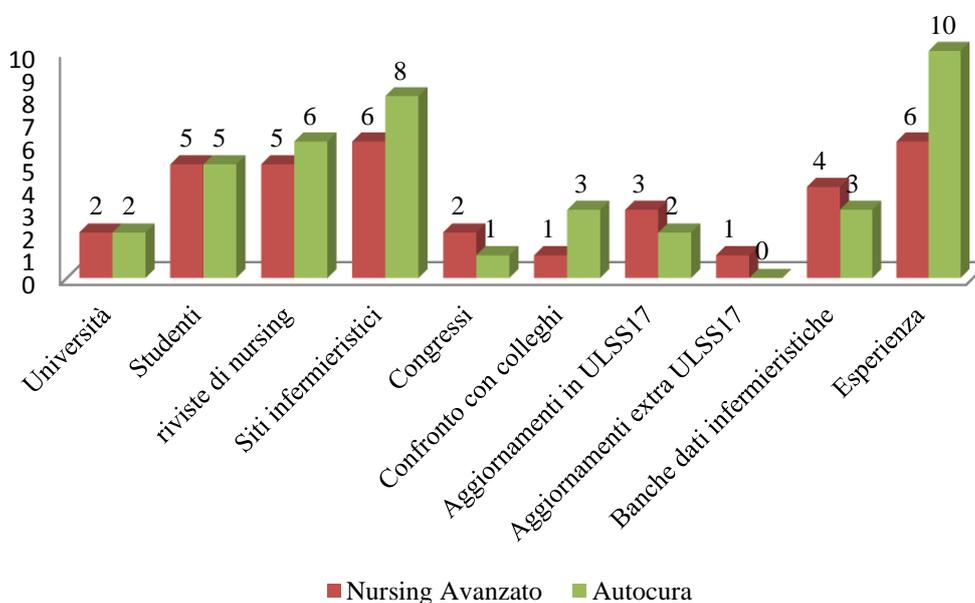


Grafico 7 Dove ha appreso il concetto di nursing avanzato? Dove ha appreso il concetto di autocura?

E' emerso che la maggior parte degli infermieri di terapia intensiva ha una formazione non curriculare basata su siti non specifici ma generalisti di nursing e che l'esperienza ha un ruolo molto importante nella creazione del sapere personale. Sottolineo che 5 su 16 ritengono che un momento formativo di confronto avviene tra gli studenti ospiti della sede di tirocinio e il personale che ivi lavora. Solo 2 infermieri si sono formati all'università, altri in eventi congressuali e aggiornamenti ECM.

3.7 Domanda n. 7: a suo parere i due termini possono essere usati come sinonimi?

E' risultato che alla domanda se nursing avanzato e autocura possono essere usati come sinonimi 6 dicono si, 10 no.

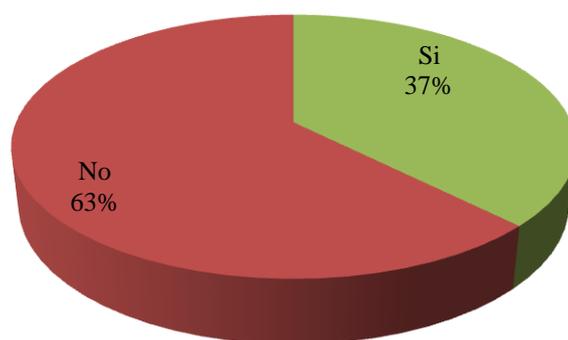


Grafico 8 A suo parere i due termini possono essere usati come sinonimi?

3.8 Domanda n. 8: se sì, perché?

Domanda n. 9: se no, perché?

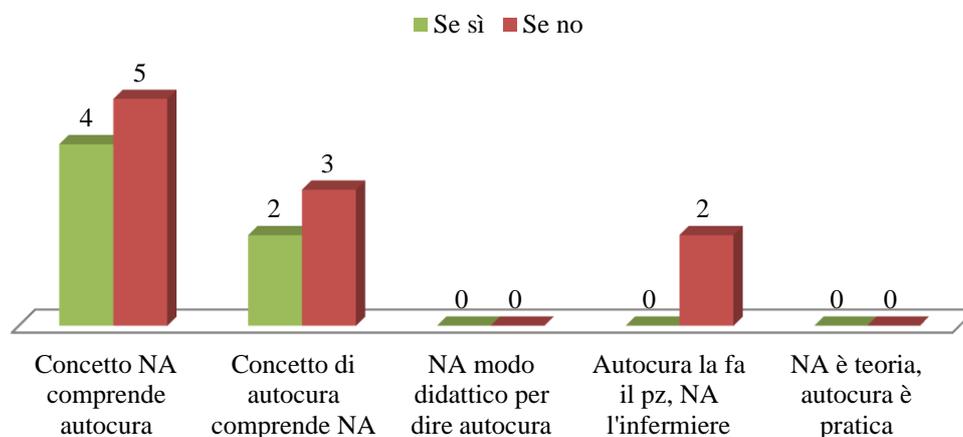


Grafico 9 Se sì, perché? Se no, perché?

Del 37% che ritiene siano sinonimi e del 63% che ritiene il contrario, rispettivamente 4 e 5 infermieri (56%) hanno individuato la risposta fra quelle proposte: il concetto di nursing avanzato comprende quello di autocura. Il 31% pensa sia l'autocura a contenere il concetto di nursing avanzato e il restante 13% ha scelto di dire che l'autocura la fa il paziente, il nursing per definizione l'infermiere.

3.9 Domanda n. 10: quanto ritiene di conoscere l'argomento?

Domanda n. 16: ritiene sia opportuno fare un corso di aggiornamento sul nursing avanzato?

Alla domanda "quanto ritiene di conoscere l'argomento?" 1 infermiere ha risposto che non lo conosce per niente; 3 ritengono di conoscerlo poco perché ne hanno sentito parlare e 7 aggiungono che non è chiaro cosa sia; 5 rispondono che ne sanno abbastanza, ne hanno sentito parlare e hanno cercato informazioni. Nessun *professional* è certo di sapere molto dell'argomento e si sentirebbe preparato per applicarlo ai casi clinici. Infatti il 100% dei partecipanti ritiene opportuno che si organizzi un corso di formazione sul nursing avanzato.

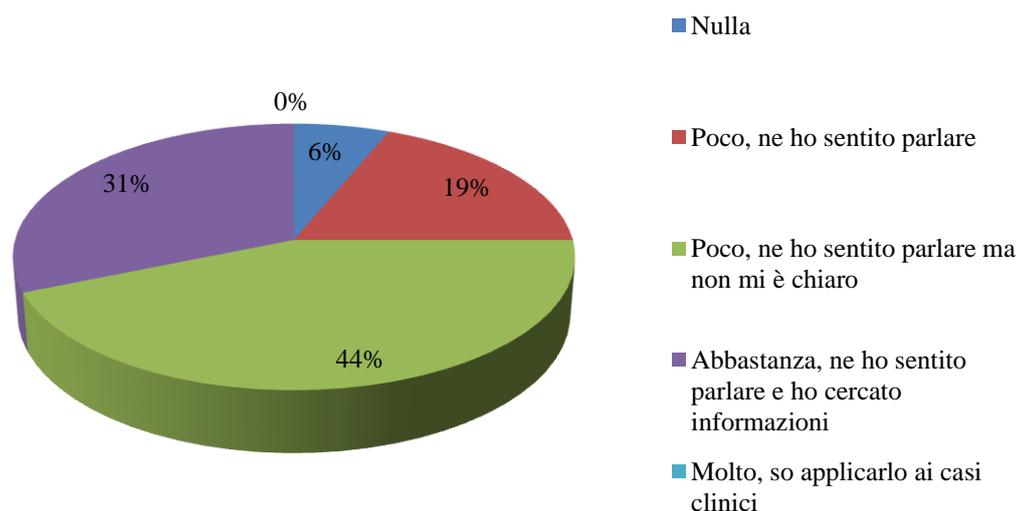


Grafico 10 Quanto ritiene di conoscere l'argomento?

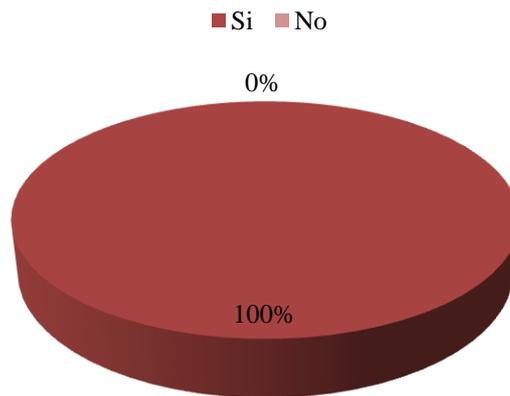


Grafico 11 Ritiene sia opportuno fare un corso di aggiornamento sul nursing avanzato?

3.10 Domanda n. 11: ritiene che si possa fare nursing avanzato in terapia intensiva?

Le domande che seguono sono state strutturate per capire la percezione che gli infermieri hanno del nursing avanzato applicato ai pazienti nella loro area critica.

Indagando se ritengono si possa fare nursing avanzato in terapia intensiva si sono creati tre gruppi: 7si, 3 no e 6 non sanno.

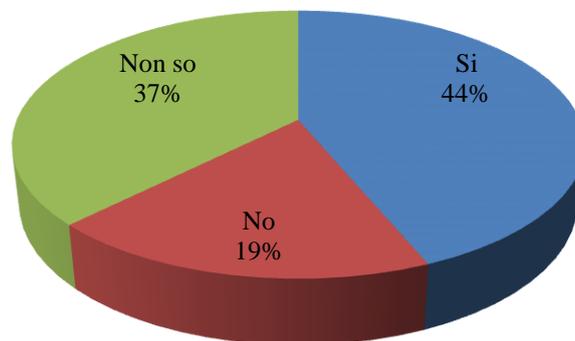


Grafico 12 Ritiene che si possa fare nursing avanzato in terapia intensiva?

3.11: Domanda n. 12: se no, perché?

Sono state valutate, quindi, le varie motivazioni che hanno spinto sia verso il si che verso il no. Potevano dare più risposte, i grafici mostrano una panoramica di ciò che i *professional* ritengono essere a favore o di ostacolo all'attuazione della teoria nella loro unità operativa.

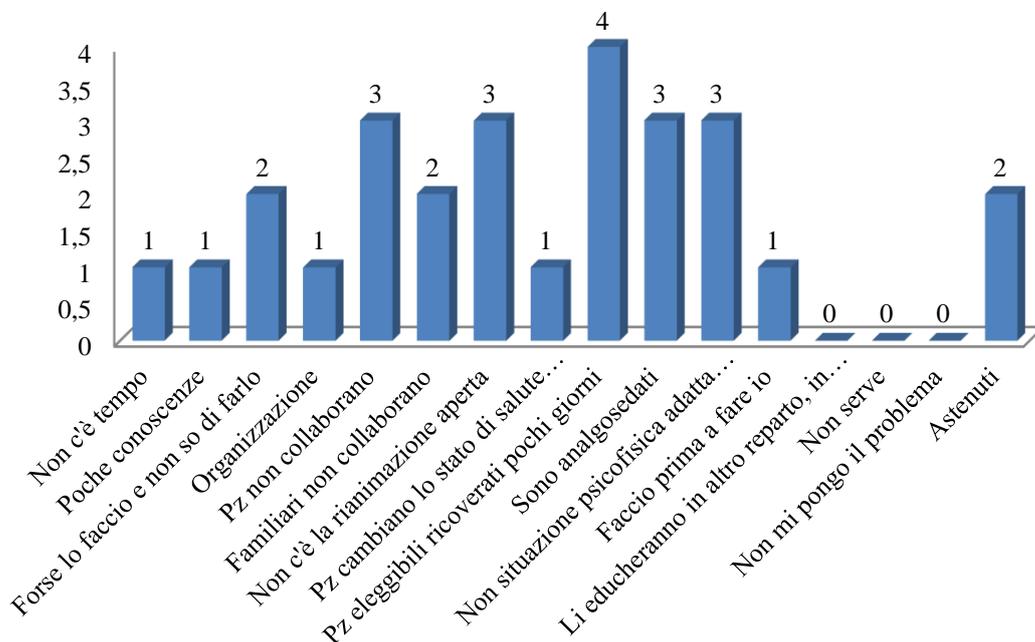


Grafico 13 Se no, perché?

Molti (4) ritengono che i pazienti eleggibili restino ricoverati pochi giorni, sicuramente i necessari per passare la fase di criticità e non hanno, quindi, altro tempo per apprendere l'autocura poiché vengono quasi immediatamente trasferiti in altro reparto. Un infermiere ritiene che non si possa fare proprio perché i pazienti cambiano il loro stato di salute troppo in fretta.

Altri sottolineano il fatto che non è ancora presente in ULSS 17 la rianimazione aperta (è in fase di attuazione il progetto). Di conseguenza la mancata presenza dei familiari per più ore al giorno è di ostacolo: i caregiver potrebbero dare dei rinforzi positivi al paziente e dedicargli più tempo rispetto a quello che può dedicare un infermiere, tempo che alla persona serve per imparare. C'è chi risponde che i pazienti non collaborano (3), che sono analgosedati (3) e non in situazione psicofisica adatta per l'apprendimento(3). Considerando la presenza del familiare anche per poco si può cominciare ad educare chi è presente in previsione della dimissione in altro reparto anche se 2 infermieri dicono

che spesso sono i familiari a non collaborare. L'ansia e il disagio psicofisico che il ricovero può causare sono sicuramente un impedimento: tutti coloro che operano all'interno della U.O. dovrebbero lavorare per mettere nella situazione adatta il malato. Sono 2 gli infermieri che riflettono sul fatto che forse fanno nursing avanzato e non sanno di farlo; 1 ammette che educare è un lavoro impegnativo e lungo e che fa prima ad occuparsene personalmente o eventualmente può attribuire l'intervento all'OSS. Unica è la risposta riferita alla mancanza di tempo, sempre 1 per l'organizzazione del lavoro relativamente al loro reparto e una persona riferisce che ci sono poche conoscenze. 2, fra chi ha risposto "non so", non si sono espressi per le motivazioni.

3.12 Domanda n. 13: se sì, perché?

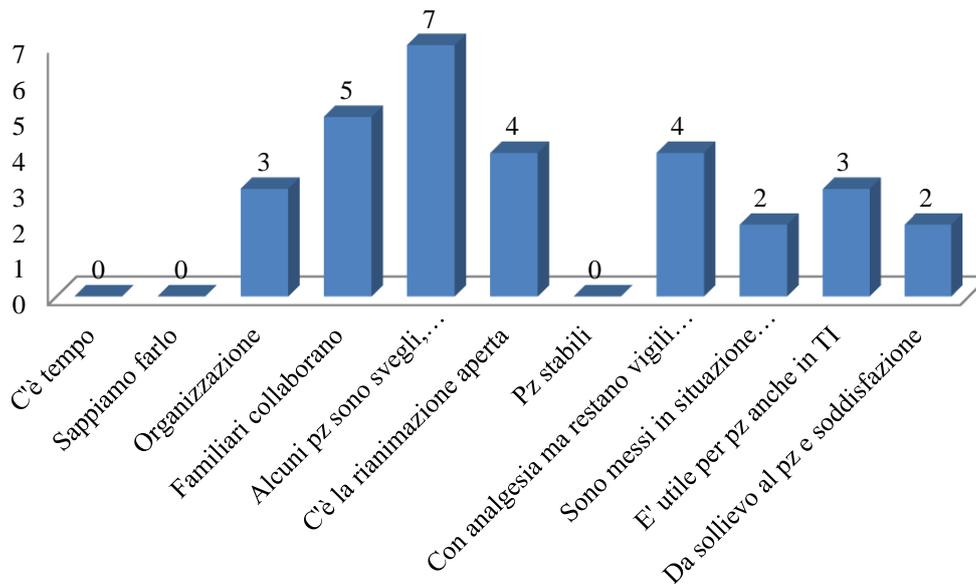


Grafico 14 Se sì, perché?

Fra chi crede si possa fare nursing avanzato in terapia intensiva, 7 rispondono perché alcuni pazienti sono svegli e collaboranti e 4 dicono che i malati sono sotto l'effetto di analgesici per tenere sotto controllo il dolore ma restano comunque vigili e collaboranti. Contrariamente a quanto ritengono alcuni, per 5 *professional* i familiari sono disponibili e per 2 i pazienti sono stati messi in una situazione psicofisica adatta per iniziare ad imparare l'autocura in previsione della dimissione in altro reparto. 3 rispondono che è utile che il paziente apprenda anche in terapia intensiva. C'è chi non vede nell'organizzazione un ostacolo (3) e chi vede che i familiari, essendo spesso presenti

(rianimazione aperta), danno rinforzi positivi e dedicano molto tempo aiutando il proprio caro. Con empatia 2 infermieri evidenziano che la persona che vede che riesce a gestire la malattia o la menomazione ha sollievo e soddisfazione.

3.13 Domanda n. 14: secondo lei i pazienti della sua U.O. sono indirizzati all'autocura?

Domanda n. 15: ritiene utile che i pazienti apprendano l'autocura in terapia intensiva?

Gli infermieri della terapia intensiva sono stati molto critici nel dire che secondo loro i pazienti che afferiscono sono poco (13 risposte) o mai (2) indirizzati all'autocura. Uno solo ha dichiarato che lo sono abbastanza se "compresi e stimolati in modo personalizzato".

E' curioso il fatto che 12 professionisti abbiano però dichiarato di ritenere utile che i pazienti della propria U.O. apprendano l'autocura; 3 non credono sia utile e 1 si è astenuto.

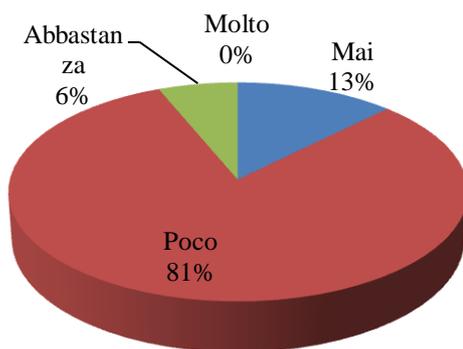


Grafico 15 Secondo lei i pazienti della sua U.O. sono indirizzati all'autocura?

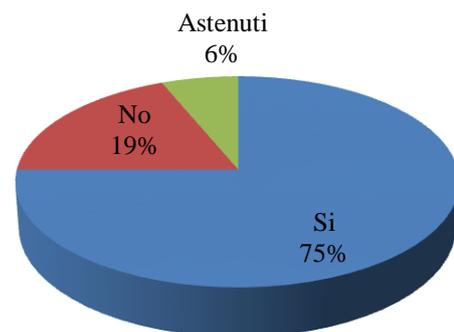


Grafico 16 Ritiene utile che i pazienti apprendano l'autocura in terapia intensiva?

3.14 Domanda n. 17: ritiene che gli studenti possano fare nursing avanzato in terapia intensiva?

Il questionario conclude con quattro domande inerenti alla relazione che si instaura fra *professional* e studente in corsia per analizzare la percezione che gli esperti hanno sulle possibilità di scambio di conoscenze con futuri laureati.

Si pensava che lo studente del terzo anno, che deve elaborare un report di nursing avanzato in una U.O. di sua scelta, sapendo di cosa si tratta, potesse prendersi uno spazio per sperimentarsi applicando il concetto.

Nonostante la maggioranza di 9 persone ritiene che uno studente può fare nursing avanzato in terapia intensiva, 5 hanno risposto di no, 1 ha segnato sia si che no e 1 si è astenuto.

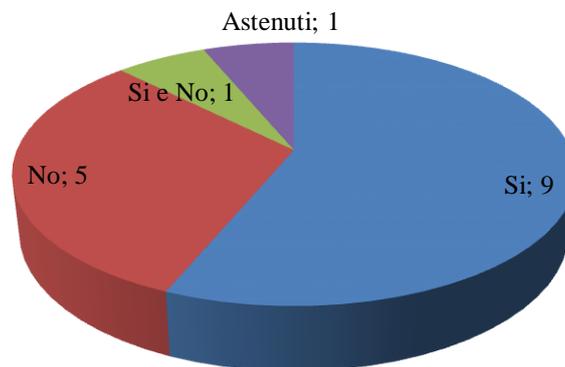


Grafico 17 Ritiene che gli studenti possano fare nursing avanzato in terapia intensiva?

3.15 Domanda n. 18: perché?

A questo punto sorge ovvia la domanda del perché e alcuni hanno voluto scrivere esplicitamente quello che pensano non ritrovando fra le opzioni la risposta adeguata.

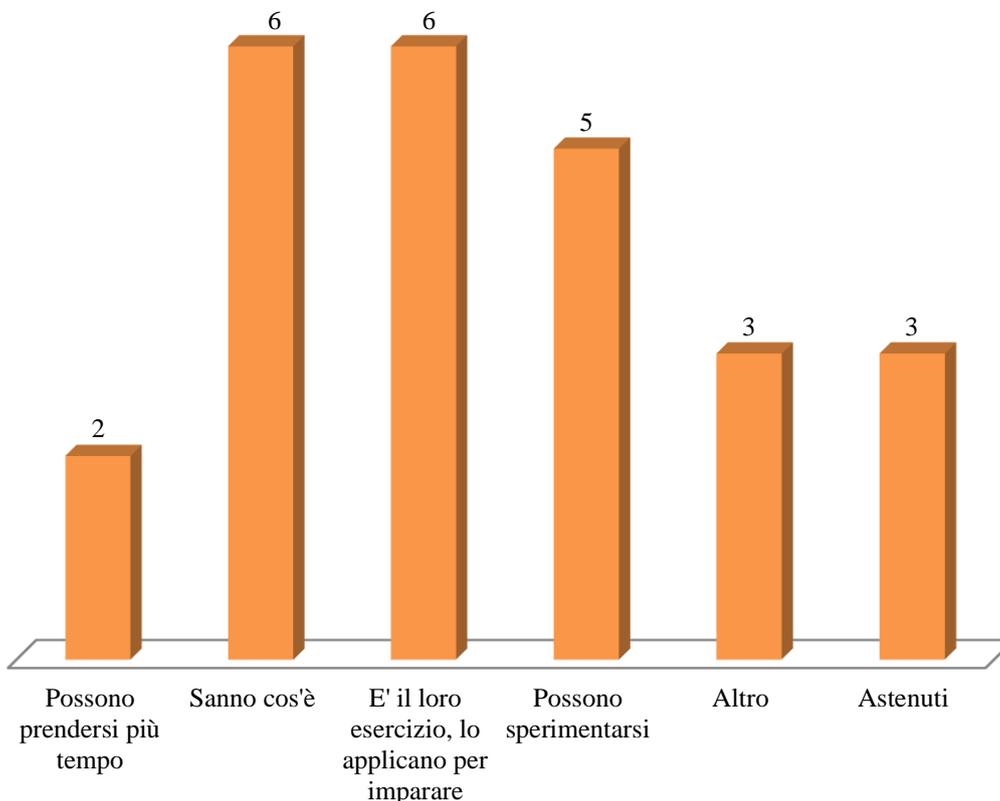


Grafico 18 Perché?

Il fatto di studiare nursing avanzato all'ultimo anno del C.d.L. in infermieristica pone lo studente, secondo i dati emersi, in una posizione in cui conosce la teoria (6), deve fare pratica per esperire (6) ed ha la possibilità di sperimentarsi sotto la supervisione della guida di tirocinio (5) anche perché sicuramente può permettersi di dedicare un tempo maggiore alla persona da educare (2).

Fra quelli che hanno una visione positiva dei futuri colleghi uno ha voluto scrivere che lo studente ha una “motivazione maggiore” ad applicarsi rispetto ad un lavoratore.

Alcuni che invece sono stati negativi alla precedente domanda hanno voluto sottolineare che gli studenti “sono carenti di conoscenze”, che “devono prima avere chiare le conoscenze, le tecniche e la teoria” e che in un reparto di area critica “per complessità e rischio elevato” è difficile che si sperimentino ma “non è impossibile”.

3.16 Domanda n. 19: ritiene che gli studenti possano essere portatori di nuove conoscenze aggiornate e quindi che gli infermieri possano apprendere dagli studenti?

Sulla percezione riguardo agli studenti come portatori di nuove conoscenze aggiornate e l'apprendimento che ci può essere tramite lo scambio relazionale durante il turno di lavoro la maggioranza (14) ritiene che sì, si può apprendere dagli studenti. Unico il no e un indeciso.

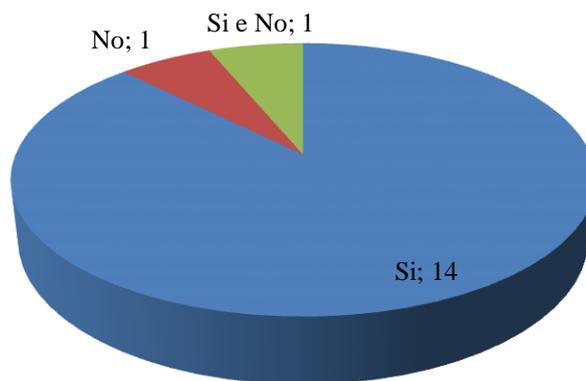


Grafico 19 Ritiene che gli studenti possano essere portatori di nuove conoscenze aggiornate e quindi che gli infermieri possano apprendere dagli studenti?

3.17 Domanda n. 20: perché?

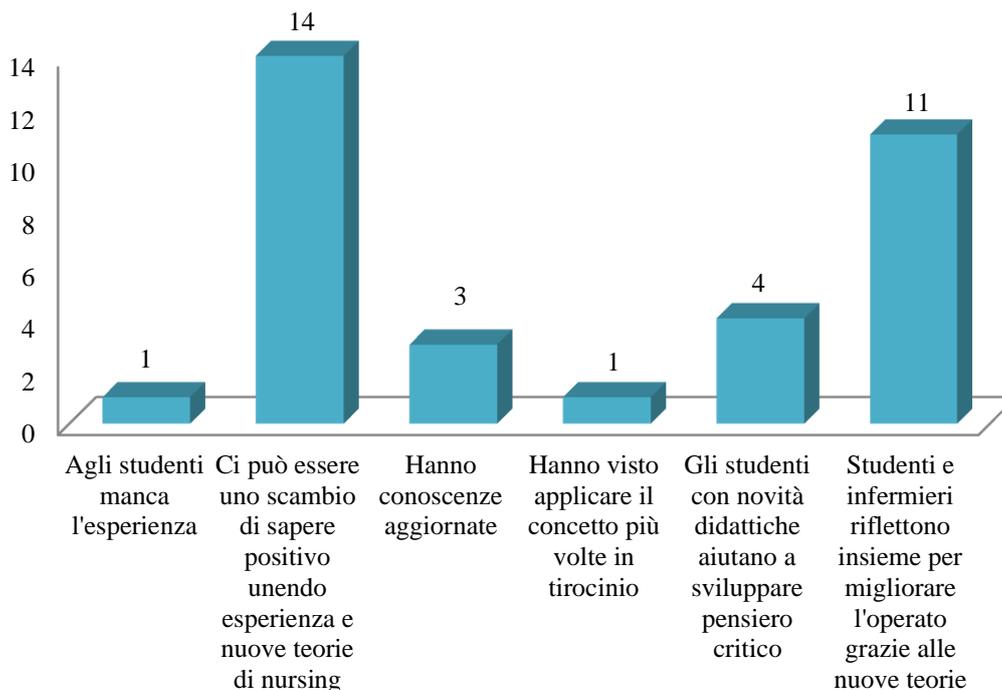


Grafico 20 Perché?

Le motivazioni sono che credono ci possa essere uno scambio di sapere positivo mettendo insieme l'esperienza con le nuove teorie di nursing (14) e pensano che studenti e infermieri riflettono insieme sull'operato per poterlo migliorare in futuro grazie alle nuove teorie (11).

Le altre opzioni giustificano meno, secondo il sondaggio, la scelta alla domanda precedente.

3.18 Riflessioni personali

Alla fine del questionario ho volutamente lasciato uno spazio "riflessioni personali" per raccogliere le impressioni e le comunicazioni dei partecipanti.

Una donna ha lasciato un commento che riporto: "ho sempre ritenuto che la presenza dello studente sia una grande opportunità per tutti a 360° sia per un punto di vista culturale che pratico".

CAPITOLO 4

4.1 Discussione dei risultati

Dall'indagine che ho svolto nella U.O. di anestesia e rianimazione è risultato che vi è incertezza sulla teoria di nursing avanzato, d'altra parte neanche la letteratura esistente è molto chiara al riguardo ed è un concetto che si sta sviluppando in questi tempi ma ancora in dibattito.

Nonostante molti abbiano risposto correttamente alla domanda sulla definizione del nursing avanzato, ritenendo che l'infermiere educa il paziente all'autocura sfruttando le sue capacità residue e sa individuare i pazienti a rischio nei quali andrà a fare manovre invasive, loro stessi hanno successivamente dichiarato che non hanno sufficienti conoscenze sull'argomento. La domanda n. 5 sull'autocura aveva più risposte accettabili in quanto la prima "trattamento curativo effettuato dal paziente su se stesso" è la definizione presa direttamente dal dizionario e solo 1 persona l'ha segnata; la maggioranza del 69% ha comunque dato la definizione che mi aspettavo e la più corretta ovvero che è l'insieme di tecniche/azioni aggiuntive che la persona impara per gestire la propria malattia in autonomia con le proprie capacità residue. L'ultima, "l'infermiere educa il paziente all'autocura sfruttando le sue capacità residue", è una parziale definizione di nursing avanzato, non totalmente corretta per il termine "autocura".

Uno dei valori, che molti hanno segnato, che ha contribuito a formare il *professional* anche sulle conoscenze teoriche è l'esperienza; a seguire, optano per formarsi sui siti generalisti di nursing e/o sulle riviste infermieristiche. Relativamente ai due concetti, per alcuni, lo scambio di sapere con lo studente è stato utile per l'apprendimento. Hanno ritenuto meno istruttivi gli eventi congressuali e corsi di aggiornamento ECM o forse non sono stati organizzati a dovere o ancora erano poco pubblicizzati.

Stupisce il fatto che l'università non ha contribuito maggiormente a esplicitare il nursing avanzato e l'autocura, ma è vero che la teoria è in fase di sviluppo ed è piuttosto recente e pochi hanno la laurea in infermieristica, molti possiedono titoli equipollenti. Questo non significa che non debbano saperlo, anzi l'infermiere professionista è sempre in continua formazione e deve in primis volerlo per se stesso e per essere sempre aggiornato su ciò che le evidenze ritengono essere la *best practice* per il paziente.

Secondo l'analisi delle domande n. 7-8-9 ritengo ci sia un certo disordine nelle idee e poca coerenza con le risposte che hanno dato ai precedenti quesiti.

Si evidenzia incertezza nel dire se nursing avanzato e autocura sono sinonimi: conoscendo i due concetti separatamente si deduce che nursing avanzato è autocura. Si può dire che nursing avanzato comprende l'autocura poiché oltre a questo sono stati inseriti gli interventi invasivi su pazienti con stato di salute variabile e a rischio, non potendo rientrare fra gli interventi assistenziali di base o alberghieri (modello di R. Zanotti). Ad ogni modo anche secondo il modello dell'ICN l'autocura è inglobata ma si aggiungono altre competenze che richiedono un livello avanzato di assistenza, è cioè un infermiere con altri livelli di formazione riguardanti soprattutto tecniche avanzate .

Sono in tutto 9 (56%) le persone che individuano la risposta corretta.

Nessuno ha indicato con sicurezza di conoscere molto bene l'argomento e di saper applicare la teoria ai casi clinici, alcuni hanno cercato informazioni ma la maggior parte ammette di saperne poco e di non aver chiaro cosa sia il nursing avanzato. Si denota il bisogno formativo che loro stessi chiedono con il 100% di risposte affermative per il corso di formazione.

Per quanto riguarda l'implicazione nella pratica, c'è ancora una volta poca chiarezza.

Chi crede si possa fare in terapia intensiva, chi è per il no, chi non lo sa. Si era già aperto il dibattito durante il tirocinio nei momenti di scambio di informazioni e con tali risposte si è confermata la poca chiarezza ed è emerso che anche con gli insegnamenti della "vecchia scuola" se ne parlava: in modo diverso ma concettualmente uguale.

La risposta esatta è sì, si può certamente fare nursing avanzato in terapia intensiva e sempre in qualsiasi area da quella chirurgica a quella palliativa. Dato che fare assistenza avanzata significa "perseguire il massimo beneficio per l'assistito tramite lo sviluppo delle sue funzioni e abilità, dove nel malato terminale queste consistono nell'affrontare in modo migliore la propria morte o quella della persona cara" (Zanotti, 2002). Per calarsi propriamente nella pratica faccio alcuni esempi di ciò che si può considerare nursing avanzato in terapia intensiva: è tutto ciò che provoca un cambiamento anche minimo nel soggetto come avere una certa consonanza su ciò che gli fanno e ciò che capisce il paziente anche se intubato, con analgesia e magari disorientato; essere in grado di far fronte all'ansia provocata dallo stesso reparto, dalla malattia, dalla

percezione di non essere più in grado di controllare il proprio corpo e avere cura di sé tramite training autogeno, musicoterapia, immaginazione guidata dalla voce o ancora sviluppare una resistenza al dolore, diventare consapevoli nella gestione della propria salute, riuscire a recuperare l'energia, gestire in autonomia il riposo-sonno (Zanotti, 2015).

Sul perché i *professional* sono o non sono convinti che in area critica si possa fare nursing avanzato, direi che si sono distribuiti circa in tutte le risposte: si sottolinea ancora una volta il dubbio sulla questione. Non si può perché “i pazienti eleggibili restano ricoverati pochi giorni” è la risposta con maggior frequenza: è vero, i pazienti svegli, collaboranti, con la sola analgesia e psicologicamente tranquilli per affrontare un'educazione restano poco tempo in un reparto intensivo ma è anche vero che dalla terapia intensiva non vanno a domicilio, quindi è opportuno cominciare l'educazione in previsione della dimissione in altro reparto. Confrontandosi si era sollevata la questione: come si può essere certi che nel reparto successivo continuano quello che si è iniziato?

L'assistenza dovrebbe svolgersi a 360° garantendo una continuità assistenziale nel momento della dimissione: l'infermiere di terapia intensiva che trasferisce il paziente in altra U.O. dovrebbe dichiarare le abilità residue, le potenzialità e i deficit riportati.

E' una filosofia di pensiero, non è una metodologia consolidata e diffusa.

Altre risposte negative evidenziate relativamente al perché non si può fare nursing avanzato in terapia intensiva sono che “i pazienti non collaborano”, “non c'è la rianimazione aperta”, “sono analgosedati” e “non in situazione psicofisica adatta all'apprendimento”. Sono risposte giuste se non si considera per niente la presenza del familiare che può iniziare il percorso educativo: si possono ottimizzare i tempi in cui il familiare fa visita al proprio caro anche se in due pensano che spesso siano proprio loro a non voler collaborare. L'ansia sicuramente non giova ma si lavora su questa per affrontarla e gestirla. Non avendo le idee chiare sulla base del concetto come ammettono in due che “forse lo fanno ma non sanno di farlo”, non si riescono a dare motivazioni coerenti.

Il 44% che pensa si possa fare, evidenzia che alcuni pazienti sono svegli e collaboranti, l'analgesia aiuta e, al contrario dei colleghi che sono per il “no”, sono convinti della collaborazione dei familiari. 4 hanno risposto che “c'è la rianimazione aperta”: non è corretto poiché è in programma ma non ancora attiva in ULSS 17.

Se si nomina l'autocura, però, gli infermieri dicono che i pazienti che afferiscono nella loro U.O. sono mai (13%) o poco (85%) indirizzati all'apprendimento di tecniche aggiuntive utili per gestire la malattia in autonomia ma il 75% la ritiene un'attività utile. Perché allora si fa poco o mai?

Le considerazioni sugli studenti sono evidentemente positive ma chi si è espresso liberamente ha sottolineato che devono implementare prima la teoria poi possono applicarla in terapia intensiva. La maggioranza dei professionisti considera lo studente come un portatore di nuove conoscenze aggiornate dal quale si può attingere per aumentare la propria cultura infermieristica grazie all'unione di sapere teorico ed esperienza e questi portano alla riflessione sull'assistenza prestata per poterla migliorare con la *best evidence*.

4.2 Limiti dello studio

Questa indagine è stata limitata dai seguenti fattori. E' stata una piccola ricerca limitata ad un campione monocentrico di 28 infermieri della U.O. di Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta. La somministrazione del questionario è avvenuta per un tempo limitato di sei settimane nel periodo estivo durante il quale molti erano in assenza programmata e la contemporanea presenza di altri quattro questionari da compilare per le indagini di tesi di altri laureandi non ha giovato.

Inoltre l'argomento che il personale ha dovuto affrontare, come poi risulta dalle risposte, sembra essere un po' ostico e al tempo stesso imbarazzante. Non escludo che la scarsa partecipazione sia anche dovuta al fatto che gli infermieri possano aver percepito il questionario come valutativo, nonostante io abbia dichiarato il contrario.

La scarsa letteratura presente non ha aiutato fornendo uno strumento idoneo che è stato, quindi, creato ad hoc per il reparto e per la ricerca in questione. Il limite delle mie competenze e della mia esperienza nella costruzione di uno strumento è da tenere in considerazione.

La letteratura non va a chiarire definitivamente il nursing avanzato e il ruolo dell'infermiere poiché ogni Paese lo interpreta e lo attua in base alla prassi presente.

4.3 Conclusioni

L'indagine ha dimostrato che è interessante l'idea di nursing avanzato ed è accolta positivamente fra gli infermieri della terapia intensiva dell'ULSS 17. E' emerso, però, che non vi sono sufficienti conoscenze della teoria e dubbi per l'area critica.

Quale strada, quindi, è opportuno intraprendere?

Se si vuole un nurse con competenze in macro aree si sceglie la strada della laurea triennale. Il corso di laurea in infermieristica ha come obiettivo quello di assicurare allo studente un'adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generali prevedendo degli insegnamenti che danno una preparazione di base ma trasversale per essere immediatamente abilitati all'esercizio professionale con le minime conoscenze necessarie. L'infermiere in questo caso svolge interventi che potrebbero essere attribuiti ad altre figure professionali, non ha interventi propri.

Si può altrimenti diventare un nurse specializzato con il master clinico introducendo, così, una nuova figura all'interno delle realtà operative con competenze specifiche dell'area. Il nursing avanzato diventerebbe un'attività unica dell'infermiere e lo stesso acquisirebbe una certa identità fra le varie figure professionali.

In alternativa al master clinico, la conferenza nazionale delle lauree sanitarie sta discutendo sull'inserimento di un quarto anno post laurea triennale per specializzarsi in un settore ed eventualmente anche di un sesto anno post laurea magistrale.

Un altro modello di sviluppo delle competenze basato sulla messa in opera della legge 190/2014 - comma 566¹ pone le basi per intervenire su ruoli, funzioni e modalità operative dei professionisti sanitari, sostenendo l'evoluzione delle loro competenze anche attraverso percorsi di formazione complementare.

La proposta è così graficata su due assi: quello della clinica dove si posizionano su livelli diversi le competenze infermieristiche per i pazienti; l'asse della gestione dove si posizionano a livelli diversi le competenze in rapporto alla gestione delle risorse e all'organizzazione.

¹ Legge 190/2014 - comma 566: Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di Equipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

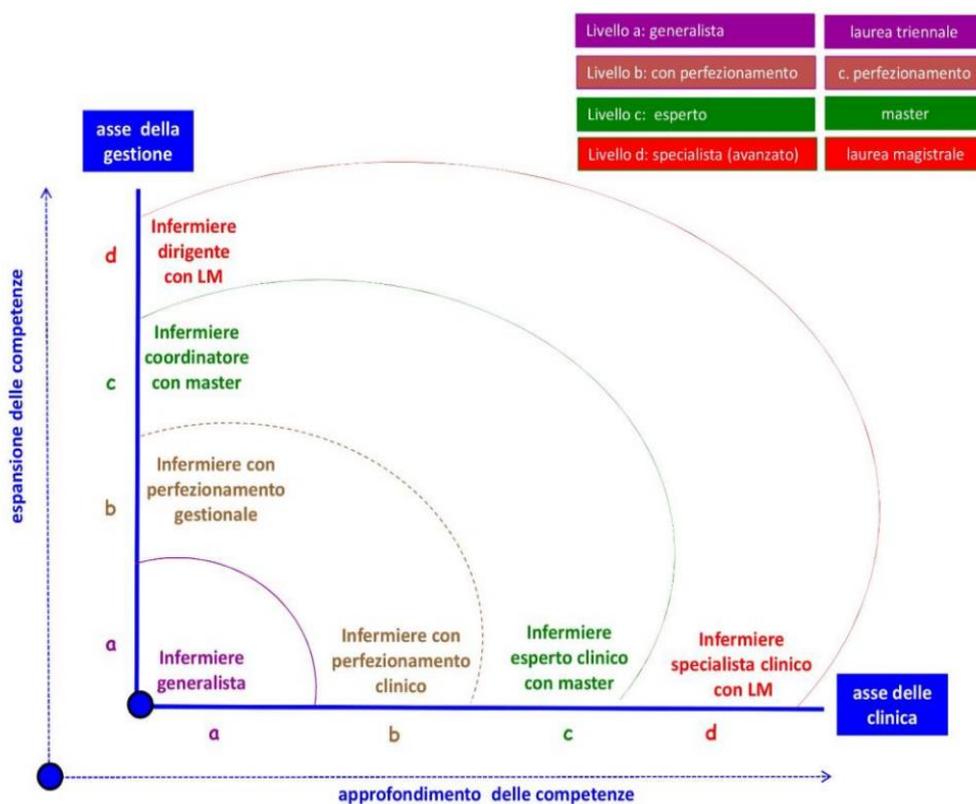


Figura 5 livelli formativi. (Ipasvi Verona, 2015)

In allegato 2, si può apprezzare la spiegazione delle caratteristiche dell'infermiere nei diversi livelli tratta dal documento approvato dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI con delibera n. 79 del 25 aprile 2015.

Ad ogni modo lo stesso Codice Deontologico dell'infermiere prevede un continuum di formazione quando si dice che "l'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati" (articolo 11 del Codice Deontologico) e quando "l'infermiere chiede formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza" (articolo 15 del Codice Deontologico).

E' necessario introdurre un Advanced Nurse Practitioner in terapia intensiva con formazione di altro tipo?

L'affiancamento dello studente quanto aumenta la curiosità e il bisogno formativo dell'infermiere? Quanto è incisivo nell'apportare cambiamenti nella prassi del professionista?

Il dibattito sul nursing avanzato e il ruolo dello studente non possono che essere uno spunto per lo sviluppo dell'infermieristica in Italia, tenendo a mente che “per noi che prestiamo assistenza infermieristica, la nostra Assistenza infermieristica è qualcosa che, se non contribuiremo a far progredire ogni anno, ogni mese, ogni giorno [...] faremo regredire.” (Nightingale, 1872)

Bibliografia

- AA. VV. Azienda ULSS 6, Vicenza. (2011, giugno 23). *Progetto sperimentale: sviluppo di competenze infermieristiche avanzate in ambito clinico*. Tratto il giorno luglio 16, 2015 da www.quotidianosanita.it:
<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6168158.pdf>
- Anestesia e Rianimazione*. (2015). Tratto il giorno luglio 15, 2015 da www.ulss17.it:
https://www.ulss17.it/index.cfm?method=mys.page&content_id=776
- Arsalanian-Engoren, C., Hicks, F. D., Whall, A. L., & Algase, D. L. (2005). An Ontological View of Advanced Practice Nursing. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 19(4), 315-322.
- Gabrielli, A. (2015). *Grande Dizionario Italiano* (III ed.). HOEPLI.
- Hutchinson, M., East, L., Stasa, H., & Jackson, D. (2014). Deriving Consensus on the Characteristics of Advanced Practice Nursing. *Nursing Research*, 63(2), p. 116-128.
- Ipasvi Verona*. (2015). Tratto il giorno settembre 27, 2015 da www.ipasviverona.com:
http://www.ipasviverona.com/wp-content/uploads/2015/07/MODELLO_IPASVI_SU_EVOLUZIONE_COMPETENZE_INFERMIERISTICHE-1.pdf
- Jackson, A., & Carberry, M. (2015). The advance nurse practitioner in critical care: a workload evaluation. *Nursing in Critical Care*, 20(2), p. 71-77.
- Nightingale, F. (1872). *Per noi che prestiamo assistenza infermieristica*.
- Sironi, C. (2011, giugno 9). *Senza infermieri non c'è futuro!* Tratto il giorno luglio 9, 2015 da [saluteinternazionale.info](http://www.saluteinternazionale.info): <http://www.saluteinternazionale.info/2011/06/senza-infermieri-non-c%E2%80%99e-futuro/>
- Zanotti, R. (2010). *Filosofia e teoria nella moderna concettualità del nursing professionale*. Padova: PICCIN.
- Zanotti, R. (2015, luglio 6). (G. Menin, Intervistatore)
- Zanotti, R. (2015, giugno 30). Italy: Nursing as a Stimulus of Health-Harmony. *Conceptual Models of Nursing, global perspectives*, p. 68-83.
- Zanotti, R., & Chiffi, D. (2014). Diagnostic frameworks and nursing diagnoses: a normative stance. *Nursing Philosophy*, 1-10.

ALLEGATI

ALLEGATO N. 1

TESI DI INDAGINE EPIDEMIOLOGICA:
NURSING AVANZATO IN TERAPIA INTENSIVA
di GIULIA MENIN

Mi chiamo Giulia e sono una laureanda in infermieristica presso l'Università degli studi di Padova, sede di Monselice.

Le chiedo gentilmente di compilare questo questionario che ha lo scopo di indagare le conoscenze sul Nursing Avanzato degli infermieri della Terapia Intensiva e capire la percezione che loro hanno degli studenti come portatori di nuovo sapere.

La compilazione del questionario richiederà circa 15 minuti del suo tempo, il termine previsto per la raccolta è il 28 agosto 2015.

Garantendo il rispetto di quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003, Codice in materia di protezione dei dati personali, la ringrazio per la partecipazione che sarà esclusiva per l'indagine di tesi.

Giulia Menin

Età

Sesso M F

1. Da quanti anni lavora in Terapia Intensiva?
 - <5
 - 5- 10
 - 10- 20
 - >20
2. Titolo di studio.
 - Titoli equipollenti
 - Laurea triennale in Infermieristica
 - Laurea Magistrale in scienze infermieristiche
 - Diploma universitario
 - Master
3. Quale definizione di Nursing Avanzato, secondo lei, è corretta?
 - L'infermiere educa il paziente all'autocura sfruttando le sue capacità residue.
 - L'infermiere educa il paziente all'autocura sfruttando le sue capacità residue e l'infermiere sa correttamente individuare i pazienti a rischio nei quali andrà a fare manovre invasive.
 - Tecniche avanzate di nursing per le quali è necessario un corso di aggiornamento.
 - Nursing che è abilitato a fare solo chi ha la laurea magistrale o il master in Nursing Avanzato.
 - E' la prima volta che ne sento parlare.
4. Dove ha appreso il concetto di Nursing Avanzato? (anche più risposte)
 - Università, mi sono laureato recentemente.
 - Parlando con studenti.
 - Riviste di nursing e/o libri.
 - Siti infermieristici.
 - Congressi.
 - Parlando/confrontandosi con i colleghi.
 - Aggiornamenti ECM in ULSS 17.
 - Aggiornamenti ECM extra ULSS 17
 - Banche dati infermieristiche.
 - Esperienza
5. Quale definizione di autocura, secondo lei, è corretta?
 - Trattamento curativo effettuato dal paziente su se stesso.
 - Azioni/tecniche aggiuntive che la persona impara per gestire la propria malattia in autonomia con le proprie capacità residue.

- La persona decide come curarsi in autonomia non rivolgendosi al medico.
 - Decidere di curare la propria malattia mediante la medicina alternativa.
 - L'infermiere educa il paziente all'autocura sfruttando le sue capacità residue.
6. Dove ha appreso il concetto di autocura?
- Università, mi sono laureato recentemente.
 - Parlando con studenti.
 - Riviste di nursing e/o libri.
 - Siti infermieristici.
 - Congressi.
 - Parlando/confrontandosi con i colleghi.
 - Aggiornamenti ECM in ULSS 17.
 - Aggiornamenti ECM extra ULSS 17.
 - Banche dati infermieristiche.
 - Esperienza.
7. A suo parere i due termini possono essere usati come sinonimi?
- Sì
 - No
8. Se sì, perché? (rispondere se alla domanda 7 ha risposto sì)
- Il concetto di Nursing Avanzato comprende quello di autocura.
 - Il concetto di autocura comprende quello di Nursing Avanzato.
 - Dire Nursing Avanzato è solo un modo didattico per chiamare l'autocura.
9. Se no, perché? (rispondere se alla domanda 7 ha risposto no)
- L'autocura la fa il paziente, il nursing per definizione l'infermiere
 - Nursing Avanzato è solo una teoria, l'autocura è la pratica.
 - Il concetto di autocura comprende quello di Nursing Avanzato
 - Il concetto di Nursing Avanzato comprende quello di autocura
10. Quanto ritiene di conoscere l'argomento?
- Nulla, non so cosa sia.
 - Poco, ne ho sentito solo parlare.
 - Poco, ne ho sentito parlare e non mi è chiaro cosa sia.
 - Abbastanza, ne ho sentito parlare e ho cercato informazioni.
 - Molto, so cos'è e so applicarlo ai casi clinici.
11. Ritiene che si possa fare Nursing Avanzato in Terapia Intensiva?
- Sì
 - No
 - Non so

12. Se no, perché? Quali sono gli ostacoli? (anche più risposte)

- Non c'è tempo.
- Non ci sono abbastanza conoscenze.
- Forse lo faccio implicitamente e non so di farlo.
- Per l'organizzazione.
- I pazienti non collaborano .
- I familiari non collaborano.
- Non c'è ancora la "rianimazione aperta". I familiari potrebbero dare dei rinforzi al paziente se fossero presenti, io infermiere non posso dedicargli il tempo che i familiari gli dedicherebbero.
- I pazienti cambiano il loro stato di salute troppo in fretta.
- I pazienti eleggibili restano ricoverati in Terapia Intensiva pochi giorni.
- Sono analgosedati.
- Non sono in situazione psicofisica adatta per imparare l'autocura.
- Faccio prima a fare io.
- Li educeranno all'autocura in un altro reparto in vista della dimissione a domicilio, in Terapia Intensiva non serve.
- Non serve.
- Non mi pongo il problema.
- Altro.....

13. Se si, perché? (anche più risposte)

- C'è tempo.
- Sappiamo farlo.
- L'organizzazione permette di farlo.
- I familiari collaborano.
- Alcuni pazienti sono svegli, collaboranti.
- C'è la "rianimazione aperta". I familiari danno rinforzi positivi al paziente perché sono spesso presenti, dedicano al paziente molto tempo.
- I pazienti sono stabili.
- Alcuni pazienti sono sotto l'effetto di analgesici che tengono sotto controllo il dolore ma restano vigili e collaboranti.
- Sono stati messi in una situazione psicofisica che potrebbero iniziare a imparare l'autocura in previsione della dimissione in altro reparto.
- E' utile per il paziente anche in Terapia Intensiva.
- Da sollievo al paziente e soddisfazione.
- Altro.....

14. Secondo lei i pazienti della sua U.O. sono indirizzati all'autocura?

- Mai
- Poco

- Abbastanza
- Molto

15. Ritiene sia utile che i pazienti apprendano l'autocura in Terapia Intensiva?

- Si
- No

16. Ritiene sia opportuno fare un corso di aggiornamento sul Nursing Avanzato?

- Si
- No

17. Ritiene che gli studenti possano fare Nursing Avanzato in Terapia Intensiva?

- Si
- No

18. Perché?

- Possono prendersi più tempo.
- Sanno cos'è.
- E' il loro esercizio, lo applicano per imparare.
- Possono sperimentarsi.
- Altro.....

19. Ritiene che gli studenti possano essere portatori di nuove conoscenze aggiornate e quindi che gli infermieri possano apprendere dagli studenti?

- Si
- No

20. Perché? (massimo due risposte)

- Agli studenti manca l'esperienza.
- Credo ci possa essere uno scambio di sapere positivo mettendo insieme l'esperienza con le nuove teorie di nursing.
- Hanno conoscenze aggiornate.
- Hanno visto applicare il concetto facendo tirocinio in più U.O.
- Gli studenti con le loro novità didattiche aiutano a sviluppare pensiero critico nella U.O.
- Studenti e infermieri riflettono insieme sull'operato per poterlo migliorare in futuro grazie alle nuove teorie.
-

Riflessioni personali:

.....

.....

.....

ALLEGATO N. 2

LIVELLI FORMATIVI PROPOSTI DA FNC IPASVI

Il livello “a” di entrambi gli assi, corrispondente all’infermiere generalista in possesso di laurea triennale o titolo equivalente, non necessita di modificazioni sostanziali.

I livelli di approfondimento delle competenze cliniche sono:

- **Infermiere con perfezionamento clinico (livello b)**

Si riferisce a un infermiere che ha seguito un corso di perfezionamento universitario che lo ha messo in grado di perfezionare le sue competenze “core” applicate a un'area tecnico operativa molto specifica (esempio: gestione accessi venosi)

- **Infermiere esperto clinico con master (livello c)**

Si riferisce a un infermiere che si è formato con un master universitario di primo livello che lo ha messo in grado di approfondire le sue competenze declinandole in un settore particolare dell’assistenza infermieristica. È l’infermiere esperto di parti di processo assistenziale o di peculiari pratiche assistenziali settoriali (ad esempio: anestesia/analgesia, strumentazione e tecnica chirurgica, dialisi, endoscopia, wound care ecc.)

- **Infermiere specialista clinico con laurea magistrale (livello d)**

Si riferisce a un infermiere che si è formato con laurea magistrale in Scienze Infermieristiche con orientamento in una delle aree previste dall’accordo Stato Regioni (area cure primarie – servizi territoriali/distrettuali; area intensiva e dell’emergenza/urgenza; area medica; area chirurgica; area neonatologica/pediatria; area salute mentale e dipendenze). È l’infermiere specialista clinico in grado di orientare, governare (impostare, supervisionare, monitorizzare, valutare) sia i processi assistenziali tipici di una certa area clinica e presenti in qualsiasi struttura (dalla più piccola alla più complessa, dalla più generalista alla più specializzata), sia le competenze professionali necessarie per realizzarli.

Quest’ultimo livello comporta la necessità di reimpostare i piani di studio delle Lauree Magistrali sui sei filoni formativi corrispondenti alle sei aree sopra menzionate.

I livelli di espansione delle competenze gestionali sono:

- **Infermiere con perfezionamento gestionale (livello b)**

Si riferisce a un infermiere che ha seguito un corso di perfezionamento universitario che lo ha messo in grado di perfezionare le sue capacità in relazione a specifiche funzioni organizzative (esempio: bed management).

- **Infermiere coordinatore con master (livello c)**

Si riferisce a un infermiere che si è formato con un master universitario di primo livello che lo ha messo in grado di acquisire conoscenze e capacità di governo dei processi organizzativi e di risorse in unità organizzative.

- **Infermiere dirigente con laurea magistrale (livello d)**

Si riferisce a un infermiere che si è formato con laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche a indirizzo gestionale/formativo che lo ha messo in grado di assumere responsabilità di governo di processi organizzativi e di risorse presso strutture e servizi sanitari di vario livello (dipartimento, area, piattaforma, presidio, distretto) nonché presso corsi di laurea e settori formativi aziendali. Questo livello comporta la necessità di reimpostare i piani di studio delle Lauree Magistrali su un filone squisitamente gestionale e formativo e di rivedere l'esclusività prevista dalla legge 43/2006 del possesso del solo master universitario di primo livello per assumere la funzione di coordinamento.

(Ipasvi Verona, 2015)