

PERCORSO INFERMIERI

LEZIONE 9

Prova orale 2 – Giro visite medico-infermieristico

Commissario 1: *E' il suo turno, si accomodi: come si sente?*

Candidata entrando: *Un po' tesa, francamente...*

Commissario 1, sorridendo, mentre la candidata si avvicina al tavolo: *Mi dia il suo documento, mi rendo utile (lo passa alla Segretaria, che sorride e si appresta a copiare gli estremi del documento).*

Commissario 1, dopo essersi rimesso a sedere al tavolo: *Mentre la segretaria registra, si sieda*

Candidata si siede e guarda il modulo che si trova sul tavolo: *E' qui che devo firmare?*

Commissario 1: *Esatto! Vedo che è preparata ...*

Candidata sorridendo, firma sul modulo: *Su questo sì ... speriamo anche sulla domanda che mi farete!*

Commissario 1 sposta da davanti alla candidata il foglio firme e le avvicina il contenitore con le domande: *Bene, adesso che ha firmato estragga pure la sua domanda*

Candidata pescando un foglietto dal contenitore: *Ecco (porge il foglietto al Presidente)*

Commissario 1 prende il foglietto che gli porge la candidata: *Vediamo come le è andata ... Il giro visite medico-infermieristico (mette il foglietto davanti alla candidata per farglielo leggere)*

Candidata rilegge concentrandosi: *Il giro visite medico-infermieristico.... (alza le spalle)*

Commissario 2: *Possiamo partire. Ha 5 minuti esatti per rispondere!*

Candidata pensierosa: *Mi concentro un minuto e poi parto*

Segretaria mette il documento davanti alla candidata

(Indicazioni per l'operatore: mentre la candidata parla, fare delle riprese delle espressioni e del comportamento dei membri della Commissione, che si dimostrano assolutamente impassibili, non danno alcun cenno di assenso o di incoraggiamento)

Dunque, si definisce giro visita medico-infermieristica il momento in cui il medico e l'infermiere di un certo reparto si recano al letto di ogni paziente, per valutare la sua situazione.

In questo momento devono avere a disposizione i rispettivi documenti che raccontano il percorso del paziente, l'uno dal punto di vista medico e l'altro dal punto di vista infermieristico. Qui i due professionisti si confrontano e raccordano le prescrizioni per il proseguo del percorso.

È importante quindi che ogni infermiere, e anche ogni OSS, registri continuamente le informazioni derivanti dall'assistenza a un certo soggetto. Da parte sua il medico deve raccordarsi col suo team per raccogliere in quel momento tutto quanto deriva dagli accertamenti diagnostici.

(si sofferma per concentrarsi e pensare un attimo)

Certo, il ruolo degli infermieri dovrebbe essere diverso rispetto a quanto accade oggi: gli infermieri svolgono un ruolo principalmente di verbalizzanti del da farsi e di organizzatori delle attività richieste dal medico (es. indagini diagnostiche, programmazione delle dimissioni, etc). In realtà gli infermieri hanno un ruolo chiave nel giro visite. Sono infatti questi professionisti che raccolgono le esternazioni dei pazienti, le loro paure e anche le loro confidenze: possono quindi avere molto da dire su come

possono essere curati meglio. Sono gli infermieri inoltre che osservano costantemente il paziente nelle 24h: chi meglio di loro può, quindi, essere in grado di rendicontare sulla loro situazione? Nelle schede individuali dei singoli pazienti sono dettagliati i sintomi, le variazioni dei parametri, insomma una ricchezza di dati da condividere, certo, col medico.

.....

Sarebbe bello che i medici ci considerassero di più nel giro visita ... e non solo lì.

(sorride e guarda la Commissione)

Commissario 2: *Se ho compreso bene, ha finito la sua esposizione?*

Candidata: *Sì, ho detto tutto*

Commissario 2: *Allora siamo pronti a salutarla. Alla fine dei colloqui avrà il risultato della sua prova*

Candidata: *Vi ringrazio, arrivederci* (riprende il documento che le porge la Segretaria ed esce)

RESTITUZIONE

La prova di questa candidata è stata decisamente sommaria: questo è il termine che meglio descrive la sua performance.

- Sul versante relazionale tutto è scorso più che piacevolmente: sia la Commissione che la candidata hanno contribuito a creare un clima piacevole, sereno durante la prova.
- Invece sul versante dei contenuti si riscontrano le maggiori lacune.
- Vediamo in dettaglio questa esposizione superficiale, senza note elaborate, insomma come se si stesse parlando del più e del meno.

In partenza la candidata definisce il giro visite:

Dunque, si definisce giro visita medico-infermieristica il momento in cui il medico e l'infermiere di un certo reparto si recano al letto di ogni paziente, per valutare la sua situazione.

- Significa fotografare quanto avviene, ma restando alle apparenze

In questo momento devono avere a disposizione i rispettivi documenti che raccontano il percorso del paziente, l'uno dal punto di vista medico e l'altro dal punto di vista infermieristico. Qui i due professionisti si confrontano e raccordano le prescrizioni per il proseguo del percorso.

- Quello che dice la candidata non è sbagliato, ma assolutamente sommario. Era il caso di approfondire, di dire più specificatamente quali sono i documenti di lavoro che servono in questo momento: non si può pensare di affrontare il giro visite con la cartella medica da una parte e con la scheda infermieristica dall'altra. Questo è il momento della sintesi delle 24h precedenti, per poter poi avere uno sguardo organizzato verso le 24h successive. Avrebbe potuto accennare almeno ai sistemi, alle check list che si possono adottare per ottimizzare la

comunicazione organizzativa nell'equipe. L'ultima cosa da fare è raccontare la vita vissuta, come se si fosse in un romanzo.

Lo dimostra anche un altro passaggio della sua esposizione:

Certo, il ruolo degli infermieri dovrebbe essere diverso rispetto a quanto accade oggi: gli infermieri svolgono un ruolo principalmente di verbalizzanti del da farsi e di organizzatori delle attività richieste dal medico (es. indagini diagnostiche, programmazione delle dimissioni, etc). In realtà gli infermieri hanno un ruolo chiave nel giro visite. Sono infatti questi professionisti che raccolgono le esternazioni dei pazienti, le loro paure e anche le loro confidenze: possono quindi avere molto da dire su come possono essere curati meglio. Sono gli infermieri inoltre che osservano costantemente il paziente nelle 24h: chi meglio di loro può, quindi, essere in grado di rendicontare sulla loro situazione? Nelle schede individuali dei singoli pazienti sono dettagliati i sintomi, le variazioni dei parametri, insomma una ricchezza di dati da condividere, certo, col medico.

- Insomma, invece che davanti a un buon libro, sembra di essere alle prese con una fotografia sfuocata e poco chiara, dove le persone si intravedono in modo poco netto ... Non è questo quello che serve qui.

Esploriamo assieme come avrebbe potuto essere l'esposizione della candidata.

Il giro visita in ospedale è uno dei momenti fondamentali nell'organizzazione del lavoro: in effetti la gestione dei pazienti richiede costantemente un confronto nell'equipe di cura e assistenza. È questo il fulcro della multidisciplinarietà da garantire al paziente. Ha indubbiamente un'importantissima ricaduta su pazienti e familiari ed una, altrettanto rilevante, sulla programmazione delle cure e la presa in carico del paziente.

Il giro visita è un tradizionale incontro di discussione multiprofessionale sulla gestione clinica dei pazienti, che consente ai professionisti di trasferire e condividere le informazioni necessarie riguardo i pazienti: condizioni, gestione, progressi e follow-up.

[MATERIALE INTEGRATIVO riportato in rosso]

Per approfondire - Royal College of Physicians - Royal College of Nursing (2012)

“un'attività clinica complessa, cruciale, che consente di fornire un'assistenza sicura e di alta qualità ai pazienti in maniera rapida e rilevante. Fornisce un'opportunità per il team multidisciplinare di incontrarsi per rivedere le condizioni del paziente e sviluppare un piano di cura coordinato, facilitando il pieno coinvolgimento del paziente e/o familiari nell'assunzione di decisioni consapevoli sul piano di cure. Inoltre, il giro visita offre enormi opportunità per una comunicazione efficace, il passaggio di informazioni e l'aggiornamento continuo attraverso l'attiva partecipazione di tutti i membri del team multidisciplinare”

Il giro visita è una prassi consolidata che affonda le sue radici in epoche remote, risultando essere una componente chiave della presa in carico dei pazienti, in grado di consentire ai professionisti l'assunzione di decisioni clinico-assistenziali per il paziente e di pianificare le attività a suo favore, per il buon andamento del suo percorso.

Tuttavia, spesso è condotta in maniera destrutturata, svalutandone l'importanza e non riconoscendola come parte integrante della programmazione e gestione clinico-assistenziale. Nonostante siano stati identificati e sviluppati i principi base per far diventare il giro visite una best practice, spesso questo momento risulta sottostimato. In particolare, per garantire un giro visite in grado di produrre qualità e valore è ampiamente riconosciuta l'importanza della multidisciplinarietà del team, poiché consente ai professionisti di cooperare in maniera interdisciplinare a favore del paziente.

Il giro visite consente di: socializzare le competenze individuali; ridurre gli errori; promuovere l'uso efficace ed efficiente delle risorse disponibili; ridurre il rischio di eventi avversi; migliorare gli outcome del percorso clinico-assistenziale; incrementare la soddisfazione professionale.

Affinché tutto questo risulti possibile, è necessario che venga riconosciuto il ruolo di ogni componente del team e che il professionista stesso sia consapevole di come interagire all'interno del gruppo durante il giro visite. Gli infermieri dovrebbero svolgere un ruolo attivo all'interno dell'équipe multidisciplinare impegnata nel giro visite, in quanto attori principali nel processo di presa in carico e professionisti particolarmente vicini al paziente. È però ampiamente dimostrato che gli infermieri spesso non sono soggetti alla pari nelle discussioni del team. In altri casi gli infermieri svolgono un ruolo principalmente di verbalizzazione del da farsi e di organizzatori delle attività richieste dal medico (es. indagini diagnostiche, programmazione delle dimissioni, etc).

A tal proposito, fra gli strumenti evidence-based a disposizione dei professionisti, per ridurre gli errori, le omissioni e la variabilità individuale, aumentando la qualità assistenziale in un ambiente caotico come quello ospedaliero, rientrano le "Safety Checklist" che responsabilizzano e coinvolgono tutti i componenti del team per fare in modo che tutti gli aspetti clinico-assistenziali dei pazienti siano presi in considerazione durante il giro visita. Purtroppo, malgrado le evidenze in letteratura forniscano linee guida e strumenti operativi per la conduzione di un giro visita multidisciplinare e strutturato, che coinvolga attivamente in una partecipazione attiva tutti i componenti del team, vi è ancora un'estrema variabilità nella sua gestione.

Le tempistiche piuttosto brevi, entro le quali viene condotto il giro visita, molto spesso producono discrepanze tra le informazioni fornite al paziente e la gestione del suo piano di assistenza; inoltre, molte informazioni importanti possono essere perse, con un impatto negativo sulla sicurezza dei pazienti. Per questo motivo, riuscire ad avere una visione esaustiva dell'argomento potrebbe contribuire a fornire spunti di riflessione per sensibilizzare gli operatori ed i manager sanitari su questo importante tema, al fine di suggerire delle strategie di miglioramento attraverso l'implementazione di un giro visita appositamente strutturato in base alle esigenze peculiari di ciascun reparto.

Un importante spunto è stato fornito dal progetto Ward Round dell'Ospedale di Cento (FE), dove le equipe medico-infermieristiche hanno dato vita ad un modello alternativo di visita medico-infermieristica, come momento strutturato di confronto tra medici e infermieri. Criteri e modalità della visita di reparto sono precisi, in modo da standardizzare quanto più possibile questo aspetto del lavoro. Tre i momenti previsti: visita seduta, visita a letto e valutazione finale (debriefing). I professionisti hanno a propria disposizione tutti gli strumenti di lavoro: cartelle cliniche, consegne mediche e infermieristiche - "SBAR" - e "visual management", ovvero la programmazione visiva del percorso del paziente fino alla dimissione. In questa fase ci si accorda su quali degenti visitare per primi: per i nuovi accessi ci si confronta su diagnosi di ricovero, anamnesi completa, situazione familiare, problemi assistenziali individuati e programmazione dell'iter diagnostico-terapeutico con

stima preliminare della dimissione o del trasferimento. Per i pazienti noti, l'attenzione è focalizzata maggiormente su nuovi problemi emersi o informazioni acquisite. Si passa poi alla visita al letto, in cui si lavora insieme per costruire e dare valore alla relazione con il paziente. Se durante la visita al letto emergono novità, si può effettuare un breve confronto di aggiornamento.

[MATERIALE INTEGRATIVO riportato in rosso]

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità è fondamentale adottare un metodo strutturato di trasmissione delle informazioni cliniche-assistenziali tra operatori, turni e setting per poter garantire la sicurezza del paziente.

Nella pratica infermieristica esistono quindi diversi tipi di passaggio delle informazioni strutturata (consegna) per la continuità assistenziale:

- Metodo narrativo
- Metodi orientati ai problemi (S.O.A.P. - S.O.A.P.I.E.R. - P.A.R.T.)
- Metodi focalizzati agli esiti (D.A.R. – A.I.O.)
- Metodo focalizzato sugli scostamenti (Piani standard)
- Approccio per cure globali (S.B.A.R. – P.A.C.E)

Metodo SBAR

Per il passaggio delle informazioni in area critica risulta particolarmente adatto il cosiddetto metodo SBAR - Situation-Background-Assessment-Recommendation (Situazione, Contesto, Valutazione e Raccomandazioni).

Questa mappa concettuale mentale favorisce un passaggio rapido e conciso, ma efficace di consegne e contribuisce ad evitare possibili errori, dimenticanze, esiti avversi e malpractice. Si tratta quindi di un metodo strutturato per la trasmissione delle informazioni cliniche che richiedono un'immediata attenzione e decisione.

La caratteristica di questo metodo, oltre alla sua versatilità e semplicità, è quella di contribuire alla formazione di un modello mentale condiviso tra gli operatori che favorisca la comunicazione efficace e garantisca la sicurezza del paziente.

Il metodo SBAR è piuttosto schematico, diretto e semplice e permette di fornire le informazioni necessarie al collega in modo veloce e in contesti di criticità.

SBAR	Significato	Cosa	Come
Situation	Situazione e status: attuale situazione clinica del paziente	Identificazione dello stato in cui è il paziente, della situazione acuta attuale, dell'ipotesi diagnostica. Rapido inquadramento della situazione	Elenco delle sintomatologie più rappresentative

Background	Background and history: anamnesi del paziente, storia precedente, comorbidità	Diagnosi già note, allergie, motivo della chiamata di soccorso, comorbidità, storia clinica e socio-familiare	Elenco dei quadri clinici più rappresentativi
Assessment	Assessment and actions: esiti patologici, risultati esami, accertamenti in corso	Segnalare i parametri vitali e le anomalie riscontrate, esporre i trattamenti già effettuati e le preoccupazioni con dati oggettivi a supporto	Schema dell'accertamento globale ABCDE
Recommendation	Responsability and risk management: rischi, raccomandazioni, responsabilità	Individuare i rischi attuali e potenziali e raccomandarsi su cosa presidiare. Formulare suggerimenti chiarendo i tempi e le modalità di attuazione	Elenco dei rischi attuali o potenziali a cui prestare attenzione

Il metodo SBAR fornisce una checklist per presentare in modo chiaro, completo e rispettando sempre una certa sequenza, i dati importanti riferiti alla situazione pregressa e attuale del paziente, mettendo in evidenza ciò che è raccomandato fare nelle ore a seguire.
