

Quale modalità per l'équipe per documentare i dati psico-socio-spirituali?

Un percorso possibile per prendersi cura

LIA OSSANNA¹, LAURA PAGANELLA², LUCIA DE BENEDETTO³, ANNA VANZO²

¹Coordinatrice Hospice-Cure Palliative, Bolzano; ²Infermiera Hospice-Cure Palliative, Bolzano; ³Infermiera Dirigente, Counsellor, Bolzano

Pervenuto il 1 marzo 2019. Accettato il 23 maggio 2019.

Riassunto. La malattia inguaribile e una diagnosi a prognosi infausta portano al confronto con temi di vita e di morte cambiando il significato del tempo e dei valori esistenziali. Inevitabilmente si apre una diversa visione della realtà che incide sulla qualità di vita. La persona assistita e i familiari che devono affrontare questa esperienza richiedono all'operatore sanitario una capacità di abitare lo spazio relazionale con competenze specifiche nella relazione di aiuto. Tali competenze sono state sviluppate nell'équipe dell'Hospice di Bolzano con percorsi formativi e la rilevazione degli outcome della pratica clinica sono stati importanti sia per i pazienti e i familiari, sia per migliorare la percezione e la consapevolezza degli operatori stessi. Tuttavia, la trascrizione dei dati di questi colloqui nella cartella integrata risultava incompleta e disomogenea. Questo problema ha portato l'équipe ad iniziare un percorso di sviluppo sia della competenza comunicativo-relazionale, sia della competenza di trascrizione dei dati stessi. La trascrizione di tali dati, l'analisi e la sintesi necessarie per individuare i problemi della persona assistita e dei familiari portano inevitabilmente a riflettere sugli interventi effettuati e/o da effettuare negli spazi modificabili in senso migliorativo riguardanti la relazione di aiuto e le competenze da acquisire. Tenere il filo rosso dei percorsi dei pazienti e dei familiari per mantenere continuità rispetto ai bisogni psico-socio-spirituali, gestire il vissuto, considerare aspettative e costruire progettualità sono alcune delle sfide future dove la trascrizione dei colloqui può rappresentare una possibilità importante per lo sviluppo del caring palliativo.

Parole chiave. Documentazione, équipe, cure centrate sul paziente.

Which way for the équipe to accompany the psycho-socio-spiritual data? A possible path to take care

Summary. An incurable disease and a diagnosis with an unfavourable prognosis lead to face topics such as life and death, changing the meaning of one's life and existential values. This new and different vision of reality inevitably affects the quality of life. The assisted person and his/her family who have to deal with this experience required the healthcare professional the ability to inhabit the relational space with specific competences in regards to supporting relationship. Those competences have been developed in the team of the Bolzano's Hospice through educational paths. The outcomes in clinical practice have been important both for patients and families and for the perception and awareness of the healthcare professionals. However, in the integrated medical record the transcription of the data taken from these meetings were often incomplete and uneven. This problem has led the team to start strengthening their competences with regards both to communicative-relational aspects and data's transcription. The transcription of those data, together with the analysis and the synthesis required to identify the problems of the assisted person and his/her family lead to some considerations about the actions that have been taken or must be taken. These concern competences which can still be acquired as well as spaces which can be changed and improved especially when it comes to the supporting relationship. Bearing in mind the path of patients and their families in order to keep continuity in psycho-socio-spiritual needs, manage the lived, considering expectations and projects, are just a few of the future challenges. The transcription of meetings could therefore represent an important possibility to the development of palliative care.

Key words. Documentation, patient care team, patient-centered care.

Introduzione

La malattia inguaribile e una prognosi infausta determinano uno spartiacque temporale fra un prima e un dopo. Cambiano la qualità di vita e aprono una visione diversa della realtà e della gerarchia dei valori, che portano a cambiamenti profondi nelle relazioni, nel modo di abitare e vivere il mondo. È una vera crisi esistenziale in cui entrano in gioco i temi della vita e della morte, che fanno confrontare con significati

quali quelli del tempo e dei valori. Può una persona sopportare questa sofferenza? Ciò che può fare la differenza risiede nel come trovare una possibilità di significato per l'esistenza. Il soddisfacimento efficace di alcuni bisogni permette il ritrovamento di un certo equilibrio, che dà la possibilità di contattare e scoprire risorse di *coping*, di auto-efficacia e quindi di resilienza. Oltre ad un ruolo adattivo di queste risorse, si sta riconoscendo l'influenza del dare significato alla malattia per affrontarla: il cosiddetto *coping* della ricerca di significato, che consiste in una revisione dei

valori e delle assunzioni sul mondo. Per l'operatore sanitario è possibile abitare questo spazio per aiutare la persona assistita ad affrontare questa esperienza? Lo spazio della relazione che si apre per il professionista sanitario di fronte a queste fragilità e vulnerabilità della persona in fase avanzata di malattia rappresenta una grossa sfida per permettere tale percorso¹.

La co-costruzione di tale relazione facilita la possibilità di espressione dei propri bisogni e preferenze per potere dare una cura "tailored". Questo spazio relazionale afferisce a competenze specifiche della relazione di aiuto che deve essere gestita in modo appropriato ed efficace rappresentando un momento strategico tanto sul terreno della qualità dell'assistenza offerta che della capacità di rispondere alle aspettative di pazienti e familiari. Aiutare non significa dare consigli, né porsi in un'amicale o generica attività di supporto, né porsi in un atteggiamento di semplice comprensione o rassicurazione, ma usare in modo consapevole le proprie abilità comunicative e relazionali per facilitare il percorso di significato prima citato. Per sviluppare questa competenza serve un orientamento per scegliere la rotta strategicamente migliore, ma anche per riconoscere quando e di quanto si è fuori rotta durante il percorso. A volte, infatti, nonostante la buona volontà, la disponibilità e la partecipazione umana, intervengono fattori molteplici che deviano la navigazione e interferiscono con la possibilità di seguire la rotta prestabilita. Riconoscere questi rischi significa utilizzare strategie e strumenti che permettono di fermarsi per capire e verificare dove si è nel percorso¹.

Una di queste strategie è il poter documentare i dati psico-socio-spirituali per fare analisi, sintesi e riflessioni, che permettono lo sviluppo delle competenze comunicativo-relazionali. Il percorso evolutivo della documentazione sanitaria è, infatti, cresciuto in concomitanza a quello dei gruppi professionali, delle organizzazioni sanitarie, delle norme e della società nella quale la documentazione stessa si inserisce, a sostegno dei processi decisionali e della rintracciabilità dei percorsi sanitari². Se efficace, una comunicazione scritta, o documentazione, può migliorare l'assistenza al paziente assicurando cure complete e coordinate da parte di tutti i professionisti e può essere inoltre utilizzata per la ricerca e per scopi legali. Rispecchia e funge, inoltre, da strumento concettuale di riferimento per il gruppo di lavoro grazie allo sviluppo di un linguaggio comune, sia durante il periodo di degenza o di presa in carico del paziente, sia successivamente per rivedere analiticamente la storia del paziente stesso.

Inoltre, può essere uno strumento a supporto dell'organizzazione portando un insieme di raggruppamenti logici e sistematici di informazioni importanti relative al problema o all'evento³.

Pertanto, obiettivo di questo articolo è descrivere le fasi del progetto dell'Hospice di Bolzano rispetto alla possibilità di trovare una modalità condivisa per documentare i dati psico-socio-spirituali del paziente e della famiglia.

Il progetto dell'Hospice: "trascrizione dei dati psico-socio-spirituali del paziente e della famiglia nella consegna/diario"

Presso l'Hospice-Cure Palliative del Comprensorio Sanitario di Bolzano nel gennaio 2014 è stato avviato un progetto per migliorare la documentazione, nella cartella integrata, dei colloqui sostenuti dall'équipe con pazienti e familiari relativi agli aspetti psico-socio-spirituali.

Negli anni precedenti, nello specifico nel 2009, da un'indagine retrospettiva delle stesse cartelle, era emerso che la dimensione psico-socio-spirituale del paziente e della famiglia era l'aspetto meno frequentemente registrato, sollevando il dubbio se il team ne conoscesse il significato e quindi se possedesse le competenze necessarie e/o avesse difficoltà a riportare i dati raccolti in maniera adeguata e contestualizzata alla realtà, evitando così inferenze ed interpretazioni.

Per questo motivo nell'anno 2010 è stato organizzato un corso di aggiornamento interno per approfondire i contenuti e i significati della dimensione psico-socio-spirituale del paziente e della famiglia. Nello stesso autunno l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha organizzato un corso sul "Colloquio con il paziente e i familiari" che ha coinvolto, oltre al personale dell'hospice, anche gli infermieri dei distretti e del day-hospital oncologico.

Nell'anno 2013 è stata eseguita una rilevazione degli aspetti carenti nella consegna scritta, che riguardavano il contenuto (dati sensibili, sentimenti, comportamenti, meccanismi difensivi, ecc.) e le modalità di trascrizione (incompletezza del dato, scarsa oggettività, ecc.).

Le carenze e le scorrettezze rilevate emergevano sia nei momenti di consegna orale, influenzate anche da un ambiente di lavoro plurilingue (italiano, tedesco, ladino), sia in altri momenti come nella supervisione esterna, nel confronto con la psicologa, nelle riunioni di équipe, nelle discussioni dei casi, incidendo sulla qualità di alcuni aspetti dell'assistenza infermieristica.

Il percorso di crescita professionale intrapreso ha permesso lo sviluppo di competenze relazionali e ha motivato l'équipe a migliorare la trascrizione dei colloqui nel diario/consegna. Si è organizzato un gruppo di lavoro per perseguire i seguenti obiettivi:

- analizzare la trascrizione dei dati psico-socio-spirituali di alcune cartelle integrate di pazienti o famiglie e, nello specifico, di 4 pazienti complessi che erano stati discussi con riflessione critica;
- individuare motivi e obiettivi dei colloqui con il paziente e il familiare effettuati dall'équipe, al fine di chiarire quali sono i dati utili da raccogliere per assistere adeguatamente il paziente e la famiglia;
- definire quali aspetti del colloquio devono essere trascritti tra tutti i dati raccolti;

- definire le modalità di trascrizione, affinché i dati risultino oggettivi, chiari, essenziali, comprensibili e non suscettibili di inferenze;
- produrre un glossario sugli aspetti significativi del colloquio (tipi di colloquio, struttura, fasi, significati di parole, abilità di base, ecc.) per comunicare attraverso un linguaggio comune e documentare correttamente;
- individuare i dati sensibili (aspetti etici, medico-legali) interrogandosi sull'utilità o meno della loro trascrizione sul diario/consegna;
- valutare i risultati del percorso dopo un periodo di applicazione della documentazione prodotta.

Materiali e metodi

FASI DEL PROGETTO

Il progetto si è articolato in tre fasi che hanno previsto un primo momento di analisi delle criticità rispetto alla pratica clinica quotidiana, un successivo approfondimento teorico, nonché una riflessione critica e una sintesi degli aspetti emersi.

PRIMA FASE: ANALISI

Criticità

Inizialmente è stata svolta una analisi retrospettiva delle cartelle integrate che ha evidenziato le difficoltà da parte degli operatori di indagare e riconoscere i dati della dimensione psico-socio-spirituale utili all'assistenza.

Il passo successivo è stato recuperare i riferimenti teorici sulla relazione con il paziente in fase avanzata di malattia e i familiari attraverso una revisione bibliografica su banche dati, riviste^{4,5}, testi specialistici, contenuti di corsi di aggiornamento relativi alla dimensione psico-socio-spirituale e ai colloqui con i pazienti e famigliari organizzati negli anni 2010 e 2011.

L'analisi delle cartelle, il confronto con la letteratura e il metodo della riflessione critica di Wilkinson⁶ hanno permesso un'analisi dei dati, sintetizzati e raggruppati attraverso la creazione di tabelle concettuali, in categorie via via rimodulate in base alle criticità che emergevano nella documentazione.

Ad esempio, nell'analisi critica di una cartella integrata ci si è interrogati se i dati documentati in anamnesi infermieristica fossero chiari, rilevanti, sufficienti ed attendibili per supportare il ragionamento diagnostico sugli aspetti psico-socio-spirituali (paura, ansia di morte, coping inefficace, ecc.)^{7,8}.

Riportiamo alcuni esempi.

Nel diario-consegna, l'operatore di turno scrive: *"Il paziente riferisce dispnea e nervosismo. La notte precedente sarebbe emerso il desiderio di avere informa-*

zioni sulla sua malattia. Gli chiedo ora se ha domande sul suo stato di salute, lui mi dice che al momento non ne ha". Emerge che i dati soggettivi non sono supportati da dati oggettivi, tali da permettere la pianificazione di possibili obiettivi clinico-assistenziali. Non abbiamo informazioni, inoltre, se il piano emotivo (nervosismo) viene esplorato, così come il desiderio di avere informazioni sulla malattia.

Un altro operatore scrive: *"Il paziente chiede cosa è accaduto questa notte, deve essere stato qualcosa di grave perché ha visto tutta la famiglia presente; emerge che lui vuole capire come è la sua situazione. Lui al momento si sente sereno, sa quale sarà la sua fine"*. Non è chiaro se ciò che è stato documentato sono le parole del paziente oppure se l'operatore ha fatto una sintesi o ha interpretato quanto riferito. Non viene inoltre esplorato cosa sa il paziente e come si immagina la sua fine. Non emerge una valutazione della situazione del paziente con bisogni e problemi da rivalutare e interventi clinico-assistenziali da pianificare.

Risultati

I risultati di questo lavoro di analisi hanno portato ad una sintesi degli aspetti sia da considerare, sia da migliorare nella documentazione dei colloqui, che si è concretizzata nella stesura di tabelle concettuali con il focus su:

- struttura di base del colloquio (chi conduce il colloquio e chi è presente, quando, dove, con quale obiettivo);
- fasi del colloquio (apertura, fase centrale, chiusura);
- setting del colloquio (formale o informale);
- abilità di base per la conduzione del colloquio, tra queste: osservare e ascoltare la comunicazione verbale e non verbale, ascolto attivo, riformulazione, esplorazione, ricapitolazione;
- aspetti da documentare: passaggi chiave emersi utilizzando la ricapitolazione, informazioni che non è stato possibile dare o ricevere durante il colloquio.

SECONDA FASE: ELABORAZIONE DI STRUMENTI

Per facilitare l'acquisizione di un linguaggio condiviso, si è ritenuta utile la stesura di documenti cartacei (tabelle e glossari) che potessero essere di supporto all'équipe nella pratica quotidiana.

Le tabelle riguardano le tipologie di colloqui e i due livelli di contenuto e di aiuto che si riferiscono agli assiomi della comunicazione di Watzlawick⁹.

I colloqui di contenuto sono:

- di presa in carico/anamnesi;
- intermedio per fare il punto della situazione del paziente e concordare obiettivi ed interventi clinico-assistenziali;
- di aggravamento per dare informazioni, valutare la consapevolezza e la capacità di adattamento

- alla progressione di malattia e alla terminalità, affrontare le domande difficili
- di pre-dimissione con l'obiettivo di verificare la possibilità di dimissione al domicilio considerando le istanze del paziente e della famiglia, e di organizzare la dimissione.

Questi tipi di colloquio possono essere sostenuti sia con il paziente, sia con la famiglia e indicare la necessità di colloqui di aiuto.

Gli obiettivi dei colloqui di aiuto con il paziente sono:

- incoraggiare e legittimare il vissuto (emozioni/sentimenti, meccanismi di difesa/adattamento, idee/pensieri/interpretazioni, aspettative/desideri);
- facilitare e dare sostegno nell'affrontare le questioni non risolte per dare nuovo senso/significato all'esperienza.

I colloqui di aiuto con la famiglia/caregiver comprendono, oltre a quelli sopra elencati, anche i seguenti obiettivi:

- raccogliere idee e interpretazioni sui significati attribuiti dal familiare/caregiver al percorso palliativo o di fine vita (per esempio uso della morfina, nutrizione, cure complementari) e all'uso di rituali;
- aiutare a stare accanto al proprio caro nella fase di fine vita.

Il bisogno rilevato di acquisire consapevolezza dei significati attribuiti a parole utilizzate nel linguaggio comune e a sviluppare un linguaggio professionale ha portato anche alla stesura di glossari. Essi sono uno strumento per dare un nome a segni e sintomi osservati e rilevati, facilitando il ragionamento diagnostico. I glossari contengono la definizione di alcune emozioni, sentimenti e comportamenti, che dalla letteratura e dall'esperienza, emergono come le manifestazioni più frequenti del paziente e della famiglia/caregiver.

TERZA FASE: IMPLEMENTAZIONE

La documentazione prodotta (struttura dei vari tipi di colloquio con il paziente e la famiglia ed i glossari) è stata presentata e consegnata al team in due riunioni di reparto con l'indicazione di auto-osservare la propria modalità di conduzione dei colloqui nella pratica clinica per un periodo di 4 mesi. Alla fine di questo periodo è stato somministrato un questionario con domande aperte sull'esperienza fatta. I risultati emersi hanno dato indicazioni per declinare nella realtà lavorativa sia le tabelle, sia i glossari.

Si è deciso di:

- formare quattro sottogruppi di 4-6 operatori (infermieri, medici, psicologa, OSS);
- programmare un incontro strutturato per ogni sottogruppo della durata di tre ore in presenza di un facilitatore esperto e di un referente, cioè un operatore partecipante al gruppo di lavoro;
- individuare alcuni colloqui del diario integrato significativi in quanto portatori di esempi della difficoltà di documentazione, utili alla riflessione;

- programmare alla fine di ogni incontro un debriefing sull'esperienza.

Durante gli incontri:

- sono stati spiegati la tabella di analisi dei colloqui, i glossari e le modalità di utilizzo;
- i partecipanti hanno potuto poi sperimentare l'utilizzo di tabelle e glossari nell'analisi del colloquio assegnato e inserito in una griglia con alcuni criteri di analisi e confronto;
- sono state condivise le riflessioni di tutti i partecipanti sui diversi aspetti emersi, le cui criticità sono state occasione per il facilitatore di integrare aspetti di contenuto e di relazione.

Questi momenti strutturati di riflessione e confronto hanno avuto non solo il valore di rendere visibili i livelli di competenza degli operatori nella conduzione di colloqui e nella documentazione dei dati psico-socio-spirituali del paziente e della famiglia, ma anche di aprire una finestra su di sé. Ad esempio per chiedersi "Quella volta che ho deciso di sostenere o meno un colloquio con il paziente ho risposto al mio bisogno o a quello del paziente?"

Il percorso progettuale si è concretizzato nell'elaborazione e stesura di una tabella di orientamento per la documentazione dei colloqui di contenuto e di aiuto con l'obiettivo di:

- facilitare la documentazione dei colloqui e di conseguenza la lettura degli stessi;
- acquisire, attraverso questa esperienza, un linguaggio comune;
- garantire la continuità clinico-assistenziale nel percorso del paziente e della famiglia.

La tabella di orientamento è stata presentata in una riunione di équipe e per l'implementazione è stata resa consultabile dalle varie figure professionali in formato cartaceo.

La tabella comprende, inoltre, alcune indicazioni su aspetti che non devono essere trascritti (per es. dinamiche/confidenze/giudizi e opinioni personali), aspetti non rilevanti ai fini assistenziali ed alcune considerazioni sulle implicazioni medico-legali ed etiche.

La tabella di orientamento che risulta dalla sintesi dal percorso fatto (tabella 1 e tabella 2) viene tuttora utilizzata all'interno dell'unità operativa per documentare i colloqui, di cui riportiamo un esempio tratto dal diario/consegna ove un operatore scrive:

"Colloquio di aiuto con la moglie, in stanza, della durata di 15 minuti:

- *emozioni/sentimenti: preoccupazione della moglie per un possibile rientro al domicilio del paziente e per le possibili reazioni aggressive del marito per la nuova presenza di una persona estranea (badante); tristezza per le condizioni cliniche del marito ed incertezza per il futuro; rabbia per l'evoluzione rapida di malattia del marito;*

Tabella 1. Come documentare il colloquio di aiuto.

STRUTTURA DI BASE	<ul style="list-style-type: none"> ■ quando (data e ora) ■ chi fa il colloquio ■ con chi lo fa (paziente, familiare, ecc.) ■ chi è presente oltre all'infermiere ■ dove ■ durata
La persona esprime/manifesta	Osservazione della comunicazione non verbale e del comportamento (vedi glossario paziente-famiglia)
Emozioni/sentimenti	Cosa prova la persona? (paura, ansia, ansia di morte, rabbia, disperazione, tristezza, solitudine/isolamento, negazione/ambivalenza, ecc.)
Aspettative/desideri	La persona si aspetta ancora qualcosa dalla situazione attuale? (miglioramento del quadro clinico? dei sintomi?) - Gap tra aspettative e realtà Ha dei desideri, c'è ancora qualcosa che vorrebbe realizzare?
Pensieri/idee/interpretazioni	Cosa pensa la persona? Che idea si è fatto della sua situazione? Quali sono le sue convinzioni?
Rimorsi/rimpianti	Il rimorso è qualcosa che si è fatto di cui ci si è pentiti (non aver più voluto vedere un fratello per un torto subito, ecc.). Il rimpianto è qualcosa che non si è fatto di cui ci si è pentiti (non aver riconosciuto l'affetto ricevuto dalla compagna, ecc.)
Contesto (familiare e sociale)	Ci sono legami da recuperare? Ci sono questioni legali aperte?
Fase del morire	Vissuta dalla persona: a) come difficoltà: incredulità, rifiuto, idea di rimandare, senso di sconfitta, senso di vuoto, non avere scelta, fatica a morire, ecc.; b) come percorso: con ricordi di vita, riconciliazioni, concedersi il pianto, attesa, tempo giusto.

Tabella 2. Come documentare il colloquio di contenuto.

STRUTTURA DI BASE	<ul style="list-style-type: none"> ■ quando (data e ora) ■ chi fa il colloquio ■ con chi lo fa (paziente, familiare, ecc.) ■ chi è presente oltre all'infermiere ■ dove ■ durata
Tipi di colloquio:	Obiettivi:
Di presa in carico	Serve per la presa in carico/per fare una prima anamnesi del paziente, per rilevare i bisogni prioritari. Viene eseguito all'arrivo in reparto entro le prime 24-48 ore. Scrivere in rosso nella consegna infermieristica le informazioni che non è stato possibile dare e ricevere
Intermedio	Serve per: - fare il punto della situazione (diagnosi/prognosi, reazioni, dubbi...); - concordare/condividere obiettivi e interventi relativi al piano di assistenza e di cura; - verificare cambiamenti rispetto alla dimensione psico-socio-spirituale. Scrivere in rosso nella consegna infermieristica i passaggi chiave emersi
Di aggravamento	Serve per: - dare informazioni, valutare la capacità di adattamento alla progressione della malattia e terminalità; - affrontare le domande difficili (alimentazione, idratazione, sedazione, ecc.). Scrivere in rosso nella consegna infermieristica i passaggi chiave emersi
Di pre-dimissione	Serve per: - verificare la possibilità di dimissione a domicilio considerando le istanze del paziente e della famiglia; - organizzare la dimissione o valutare alternative. Scrivere in rosso nella consegna infermieristica i passaggi chiave emersi

- *aspettative: che il marito posso rimanere ricoverato in hospice;*
- *pensieri/idee/interpretazioni: la moglie pone domande sull'evoluzione del quadro clinico, date informazioni sulle possibili complicanze (aumento stato confusionale).*

Concordata l'organizzazione di un colloquio intermedio e di pre-dimissione in équipe. Da organizzare”.

Conclusioni

La necessità di introdurre modalità e spazi di trascrizione dei dati psico-socio-spirituali del paziente e della sua famiglia nella cartella integrata ha portato l'équipe dell'Hospice di Bolzano ad iniziare un percorso di sviluppo sia della competenza comunicativo-relazionale che della competenza di trascrizione dei dati stessi.

Partire dalla realtà clinico-assistenziale attraverso l'analisi retrospettiva, tenere conto della letteratura relativa ad alcuni aspetti trattati e considerare l'esperienza vissuta dagli infermieri nella pratica quotidiana per costruire “qualcosa che non si trova preconfezionato”, è stato un percorso impegnativo e faticoso.

Impegnativo, perché si è toccato con mano come si può imparare dall'esperienza lavorativa, per migliorare e crescere, grazie a degli spazi (strutturati e non) di riflessione sul proprio operato anche in un ambito, quello delle competenze relazionali, che non trova legittimazione organizzativa istituzionale nel quotidiano lavorativo. Il modello di medicina tradizionale che troviamo nella realtà quotidiana si orienta infatti a rilevare soprattutto indicatori fattuali osservabili e misurabili, all'interno dei quali la relazione è un valore aggiunto, ma non classificato come necessario alla cura.

Impegnativo è stato anche il coinvolgimento in questo progetto delle varie figure professionali (medici, infermieri, OSS, psicologa). La diversità di ruoli e di visioni, che hanno incontrato a volte difficoltà a trovare un punto comune, ha determinato un aumento della complessità. Infatti, il “bisogno di cambiamento” non è percepito con la stessa intensità e motivazione da tutti i collaboratori del team, sia per motivi generazionali, sia linguistici, nonché culturali e di turn-over.

I cambiamenti, inoltre, possono minare le nostre abitudini e sicurezze, soprattutto se si è persone orientate a mantenere un rigido controllo delle situazioni perdendo quindi l'opportunità di utilizzare la riflessione sull'esperienza come fonte di apprendimento. Sono le menti curiose che nella realtà lavorativa cercano un senso, un significato del loro operato che divenga terreno di crescita per sé e per gli altri attraverso la partecipazione, la condivisione, lo scambio e la capacità di mettersi in gioco.

Il percorso fatto ha determinato modifiche, cambiamenti, integrazioni rispetto a “come documentare nel diario integrato la dimensione psico-socio-spirituale del paziente e della famiglia” e ha permesso di raccogliere i risultati del gruppo di lavoro e le riflessioni dell'esperienza fatta dagli operatori negli incon-

tri programmati. In particolare, gli operatori hanno ritenuto importante scambiarsi riflessioni/feedback continui all'interno del team, poiché ritenuti utili per la crescita professionale e hanno evidenziato l'importanza di documentare aspetti trascurati, come ad esempio la durata dei colloqui e la conferma dei dati soggettivi con i dati oggettivi.

L'auto-osservazione e l'auto-valutazione hanno permesso di riconoscere le proprie carenze nelle competenze comunicative (sostenere i colloqui di aiuto - utilizzare la fase di esplorazione e di chiusura), facendo emergere una disomogeneità delle competenze relazionali tra gli operatori e quindi i bisogni formativi.

Un risultato concreto di questo percorso è stato la creazione e successiva applicazione di strumenti, quali: i glossari del colloquio, gli esempi del colloquio di aiuto e di contenuto, la griglia di orientamento per la documentazione del colloquio di aiuto e di contenuto.

Il percorso fin qui fatto è in fase di applicazione e ha avuto alcuni momenti strutturati di monitoraggio durante le riunioni, i debriefing e le discussioni caso. Tuttavia, deve essere ulteriormente osservato e valutato attraverso altri spazi di indagine, quali un'ulteriore analisi delle cartelle integrate per poter riorientare il percorso.

Conflitto di interessi: le autrici dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

1. Bianchi E. Bisogni e limiti nella malattia oncologica: tra un equilibrio difficile e una crescita possibile. Rivista di studi Rogersiani, Da persona a persona. Marzo 2013; 35-47 ACP Monocalzat (Avellino): Ed. Alpes.
2. Craven RF, Hirnle CJ. Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica. Volume 1 e 2. Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 2004.
3. Fuller J, Schaller-Ayers J. Health assessment: a nursing approach. 3ª Edizione. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1999.
4. Causarano IR, et al. L'intervista narrativa quale strumento per il miglioramento dell'accompagnamento nella relazione di cura. La Rivista Italiana di Cure Palliative 2013; 15 (3).
5. Azzetta F, Sempreboni A. Gli aspetti psicologici nelle cure palliative Review n.2. La Rivista Italiana di Cure Palliative 2013; vol. 15 (4)
6. Wilkinson JM. Processo infermieristico e pensiero critico. Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 2013.
7. Artioli G, Coppelli P. Assesement infermieristico. Dimensione socioculturale: persona, famiglia e comunità. Milano: Poletto Editore, 2008.
8. NANDA International. Diagnosi infermieristiche. Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 2011.
9. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi. Roma: Casa Editrice Astrolabio, 1978

Indirizzo per la corrispondenza:
Lia Ossanna
E-mail: lia.ossanna@sabes.it