

CORSO DI QUALIFICA O.S.S. BORGOTARO - anno 2022

METODOLOGIA

PATTO D'AULA

CI DIAMO DEL TU

LA TELECAMERA DEVE ESSERE ACCESA

SE NON CAPITE QUALCOSA, MI FERMATE E CHIEDETE SPIEGAZIONI

PRIMA DI INIZIARE OGNI LEZIONE, INTERROGO A CAMPIONE SULLE COSE INSEGNATE FINO A QUEL MOMENTO E REGISTRO IL VOTO

QUANDO SIETE STANCHI E NON RIUSCITE PIU' A SEGUIRE LA LEZIONE, LO DITE E CI RIPOSIAMO CINQUE MINUTI

ALLA FINE DELLE LEZIONI, FAREMO UNA PROVA SCRITTA. LE DOMANDE, CHE SARANNO APERTE E NON A QUIZ, MA LE DARO' PRIMA

**COSA STA ALLA BASE DI
CIO' CHE IMPARERETE
CON UN ESEMPIO....**

28 dicembre 1978: il volo 173 della United Airlines ha dei grossi problemi. Nessuno dei quattro motori è in funzione. Prima dell'arresto dei quattro motori anche il carrello di atterraggio presentava problemi. L'aereo si schianta vicino Portland. Nell'impatto muoiono 10 persone.

Dalle indagini effettuate dalle autorità competenti, si scoprì che a causare il disastro non furono né il danno ad uno dei carrelli di atterraggio, né l'arresto dei motori maUN PROBLEMA DI COMUNICAZIONE FRA IL COMANDANTE ED IL SUO VICE!

I BISOGNI DELL'UTENTE

**PRIMA DI PARLARE DI BISOGNI DOBBIAMO
SOFFERMARCI SUL CONCETTO DI “UTENTE”
POICHE' E' DA QUESTA RAPPRESENTAZIONE
MENTALE CHE DIPENDERA' IL NOSTRO FUTURO
PROFESSIONALE**

COSA SIGNIFICA ESSERE UTENTE?

COSA SIGNIFICA ESSERE CLIENTE?

**SE E' VERO CHE, PER COMODITA', I SERVIZI PRESSO
I QUALI ANDREMO AD OPERARE TENDONO A
CHIAMARE GLI ASSISTITI "UTENTI", E'
ALTRETTANTO VERO CHE DOVRA' ESSERE NOSTRA
INTIMA E PROFONDA CONVINZIONE
CONSIDERARE TALI ASSISTITI COME "CLIENTI"**

**NEGLI ANNI 50, LO PSICOLOGO
STATUNITENSE ABRAHAM MASLOW
ELABORO' UNA PROPRIA TEORIA DEI
BISOGNI E LA RAPPRESENTO' IN UNA
“PIRAMIDE DEI BISOGNI”**



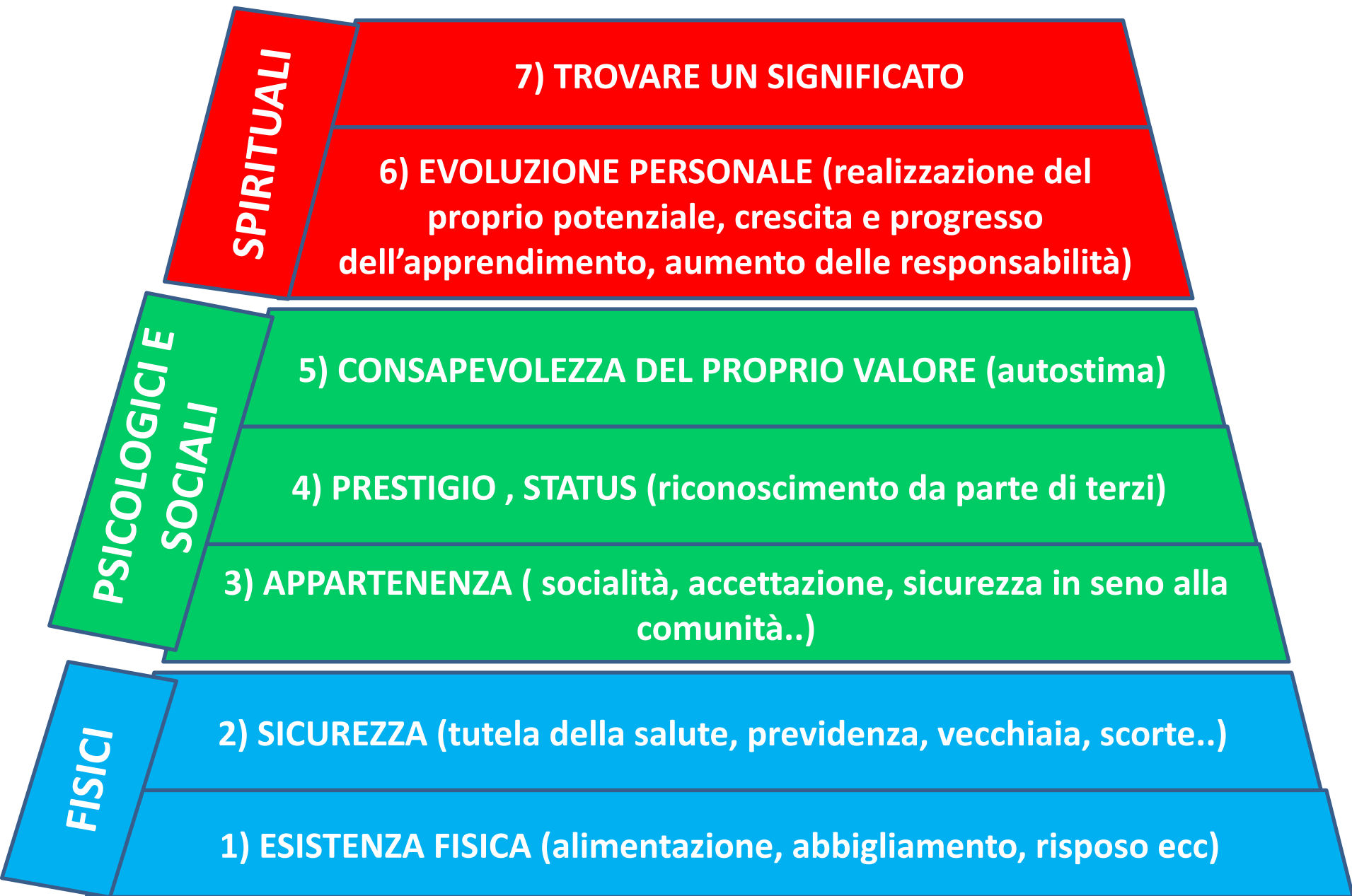
**AUTO
REALIZ
ZAZIONE**

STIMA

APPARTENENZA E AFFETTO

SICUREZZA

FISILOGICI



**I BISOGNI DELL'ASSISTITO,
INDIPENDENTEMENTE DALLA PATOLOGIA O
DALLO STATO FISICO/PSICHICO E SOCIALE,
SI TRADUCONO SEMPRE IN DUE BISOGNI
STRETTAMENTE COLLEGATI FRA LORO:**

A) BISOGNO DI ASSISTENZA

B) BISOGNO DI RELAZIONE

BISOGNO DI ASSISTENZA

l'ASSISTENZA è la disciplina attraverso la quale il professionista sanitario o socio-sanitario (OSS) risponde al bisogno di SALUTE dell'ASSISTITO e della sua FAMIGLIA

BISOGNO DI RELAZIONE

(AFFETTO O RICONOSCIMENTO SOCIALE)

L'espressione **relazione interpersonale**, o **relazione sociale**, si riferisce al rapporto che intercorre tra due o più individui. Queste relazioni si possono basare su sentimenti, a passioni condivise e/o ad impegni sociali e/o professionali. Le relazioni sociali hanno luogo in ogni contesto umano: dai rapporti di amicizia, alla famiglia a qualsiasi forma di aggregazione umana

Nel 1948 l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), diede la sua definizione di salute affermando che:

la SALUTE non è assenza di malattia, ma è un completo benessere FISICO – PSICHICO e SOCIALE

L'OSS NON PUO' SCINDERE (DIVIDERE) IL
BISOGNO DI ASSISTENZA DAL BISOGNO
DI RELAZIONE PERCHE' SE

L'ASSISTENZA DEFINISCE CIO' CHE SI FA,

**LA RELAZIONE DEFINISCE COME LO SI
FA E CON QUALE ATTEGGIAMENTO**

**PER SODDISFARE IL BISOGNO DI ASSISTENZA
L'OSS DEVE:**

conoscere nel modo più completo possibile
l'Assistito, la sua Famiglia, il suo contesto
sociale e di vita

conoscere i metodi e le tecniche più
appropriate di soddisfacimento dei bisogni
assistenziali (sapere e saper fare)

conoscere le risorse (interne al servizio, territoriali, informali ecc..) dalle quali è possibile attingere per soddisfare i bisogni assistenziali e quindi erogare il servizio

collaborare con i colleghi e le altre figure professionali al fine di erogare un servizio personalizzato, efficace ed efficiente

EFFICACIA: è il rapporto fra il risultato atteso ed il risultato ottenuto

EFFICIENZA: è il rapporto fra il risultato ottenuto e le risorse impiegate per ottenerlo

IL BISOGNO DI RELAZIONE DELL'ASSISTITO:

bisogno di essere ascoltati

bisogno di essere capiti

bisogno di non essere giudicati

bisogno di essere considerati unici

**IL BISOGNO DI RELAZIONE SI SODDISFA
ATTRAVERSO IL SAPER ESSERE, OSSIA:**

L'EMPATIA

LA CAPACITA' DI ASCOLTO

**LA CAPACITA' DI VEDERE OLTRE CIO' CHE E'
PALESE**

LA LIBERTA' DA PRECONCETTI E PREGIUDIZI

L'OSS DEVE ESPRIMERE PROFESSIONALITA'

capacità di esercitare una funzione complessa utilizzando conoscenze, mettendo in campo capacità e competenza, approcciandosi alla Persona con il giusto atteggiamento, riconoscere ed adattarsi ai cambiamenti senza pregiudizi e preconcetti

CONOSCENZE: si riferiscono a ciò che il soggetto sa (SAPERE); le conoscenze comunque acquisite, per studio, per esperienza o altro. Sono date dalle informazioni possedute dall'individuo stesso; le conoscenze sono le più svariate: tecniche, economiche, commerciali, ecc;

CAPACITA': si riferiscono a ciò che il soggetto sa fare (SAPER FARE) costituisce quindi il momento applicativo e di utilizzo delle conoscenze; sono meno flessibili delle conoscenze e si sviluppano attraverso esperienza e "allenamento"; non sono solo specialistiche, ma anche "di base" quali: capacità di risolvere problemi, di conseguire risultati, di progettazione

ATTEGGIAMENTI: si riferiscono a come il soggetto opera nei suoi aspetti relazionali (SAPER ESSERE), costituiscono elementi più strutturati, legati alla personalità (verso di sé, verso gli altri, verso il futuro)

CONSAPEVOLEZZA: si riferisce al riconoscimento del fatto che i bisogni dell'anziano mutano continuamente, così come mutano le esigenze delle famiglie e del servizio. E' pertanto necessario adeguarsi ai mutamenti delle esigenze e "crescere professionalmente" con essi
(SAPER DIVENIRE)

Si può dunque affermare che la professionalità è un mix perfetto fra testa e cuore, ove la testa è rappresentata dal sapere e dal saper fare, mentre il cuore è rappresentato dal sapere e dal saper essere

L'EQUIPE MULTIPROFESSIONALE

DAL PUNTI DI VISTA
DELL' ORGANIZZAZIONE

DAL PUNTO DI VISTA DELLA
METODOLOGIA (PROGETTAZIONE ED
IMPLEMENTAZIONE DEL PAI)

ORGANIZZAZIONE

Significa definire in modo chiaro e preciso:

CHI FA

COSA FA

QUANDO LO FA

COME LO FA

DOVE LO FA

PERCHE'

DAL PUNTO DI VISTA ORGANIZZATIVO

ORGANIGRAMMA

FUNZIONIGRAMMA

PIANI DI LAVORO

PROTOCOLLI E PROCEDURE

STRUMENTI

DAL PUNTO DI VISTA DELLA METODOLOGIA DEL LAVORO DI CURA

L'equipe multiprofessionale è un gruppo di persone che lavorano insieme pur esprimendo professionalità diverse.

Ogni componente (persona) che fa parte dell'equipe multiprofessionale, pur esprimendo una professionalità diversa da quella degli altri, lavora per raggiungere un unico obiettivo finale.

Nei servizi socio assistenziali e socio sanitari, l'obiettivo finale è il bene-essere della persona, ovvero, la migliore qualità di vita possibile

L'equipe multiprofessionale, quindi, ruota intorno all'individuo per progettare, realizzare e verificare nel tempo il PAI (Progetto Assistenziale Individualizzato Integrato)

RIFLESSIONE SU:

GRUPPI DI LAVORO

LAVORO DI GRUPPO

In una equipe di lavoro multiprofessionale, nel momento in cui si progetta l'assistenza, la responsabilità è orizzontale, cioè tutti i partecipanti sono protagonisti al di là del proprio ruolo e della propria professionalità

FIGURE PROFESSIONALI MESSE IN CAMPO PER L'ELABORAZIONE DEL PAI

medico, infermiere, fisioterapista, raa,
animatore(o educatore), oss,

FIGURE **NON** PROFESSIONALI MESSE IN CAMPO PER L'ELABORAZIONE DEL PAI

- Assistito
- Famiglie (caregiver)
- Amministratore di sostegno
- Tutore

OGNI FIGURA PROFESSIONALE:

- POSSIEDE COMPETENZE,
- SVOLGE FUNZIONI,
- ESERCITA UN RUOLO

COMPETENZE

Insieme di conoscenze, atteggiamenti e abilità tecniche correlate fra loro che rendono una persona idonea a svolgere efficacemente il proprio lavoro. Può essere misurata sulla base di standard accettati ed essere perfezionata tramite l'esperienza o la formazione.

FUNZIONI

**ciò che l'individuo dovrebbe fare
all'interno dell'equipe.**

**essa e' un insieme di fattori che
caratterizzano il contenuto del lavoro da
svolgere: cosa fare, a quale fine, con chi,
dove, quando, quanto, con quali
strumenti e come**

RUOLO

il ruolo e' inteso come una serie di comportamenti che una persona attua per soddisfare, oltre che le proprie, le attese dei suoi interlocutori

IL PROFESSIONISTA

**deve svolgere il proprio lavoro senza
confondere le proprie competenze con le
proprie funzioni ed il proprio ruolo**

CONSEGUENZE CHE SI VERIFICANO QUANDO SI CONFONDONO COMPETENZE, FUNZIONI E RUOLO

SI PERDE DI VISTA L'OBIETTIVO PER CUI IL
GRUPPO LAVORA

SI CREANO CONFLITTI ALL'INTERNO DEL
GRUPPO

AUMENTA LA POSSIBILITA' DI ERRORE

AUMENTA LA DEMOTIVAZIONE PERSONALE E DI
GRUPPO

SI CREANO SOTTOGRUPPI DESTABILIZZANTI PER
L'EQUIPE

SI SPRECANO RISORSE ED ENERGIE

L'attività dell'equipe prevede la presenza di un **coordinatore che ha le seguenti funzioni:**

predispone le condizioni organizzative e di clima migliori, perché i partecipanti si responsabilizzino all'obiettivo;

fa decidere favorendo il consenso e la condivisione.

Il coordinatore, nel momento dell'elaborazione, verifica e revisione del PAI/PEI non è la figura che “comanda” ma è quella che “facilita” il lavoro dell'equipe.

In base al contesto lavorativo (Ospedale, RSA, Casa Protetta, Casa di Riposo, Assistenza domiciliare..) il Coordinatore può avere un profilo professionale sia sanitario che socio-assistenziale

un'equipe di lavoro multiprofessionale è
EFFICACE ED EFFICIENTE
quando:

tutti i membri hanno lo stesso obiettivo
condiviso, sono responsabilizzati, circolano
le informazioni

si realizzano i principi di circolarità e
collaborazione, dove ognuno è parte del
processo con la propria professionalità

si lavora per **PROCESSI E TECNICHE**

PROCESSO: insieme di attività collegate fra loro che realizzano, collettivamente, un obiettivo aziendale. Il processo include un flusso logico con ruoli e sistemi associati

TECNICHE: sono le modalità con cui si sviluppano e si realizzano le varie fasi di un processo (come si fanno le cose)

**ALL'INTERNO DELL'EQUIPE
MULTIPROFESSIONALE LA PAROLA D'ORDINE E'**

COMUNICARE!!

IL MONDO VIVE DI COMUNICAZIONE

**la vita che noi conosciamo
non potrebbe esistere
se non potessimo comunicare
gli uni con gli altri**

**tutte le nostre relazioni professionali
si basano sulla comunicazione**

ALCUNE DEFINIZIONI DI COMUNICAZIONE

La comunicazione è un processo costituito da un soggetto che ha intenzione di far sì che il ricevente (costituito da una o più persone), capisca, pensi o faccia qualcosa

Trasmissione di un'informazione da parte di una
EMITTENTE ad un RICEVENTE

Processo di **scambio d'informazione** e di
influenzamento reciproco che avviene fra due o
più persone in un determinato **contesto**

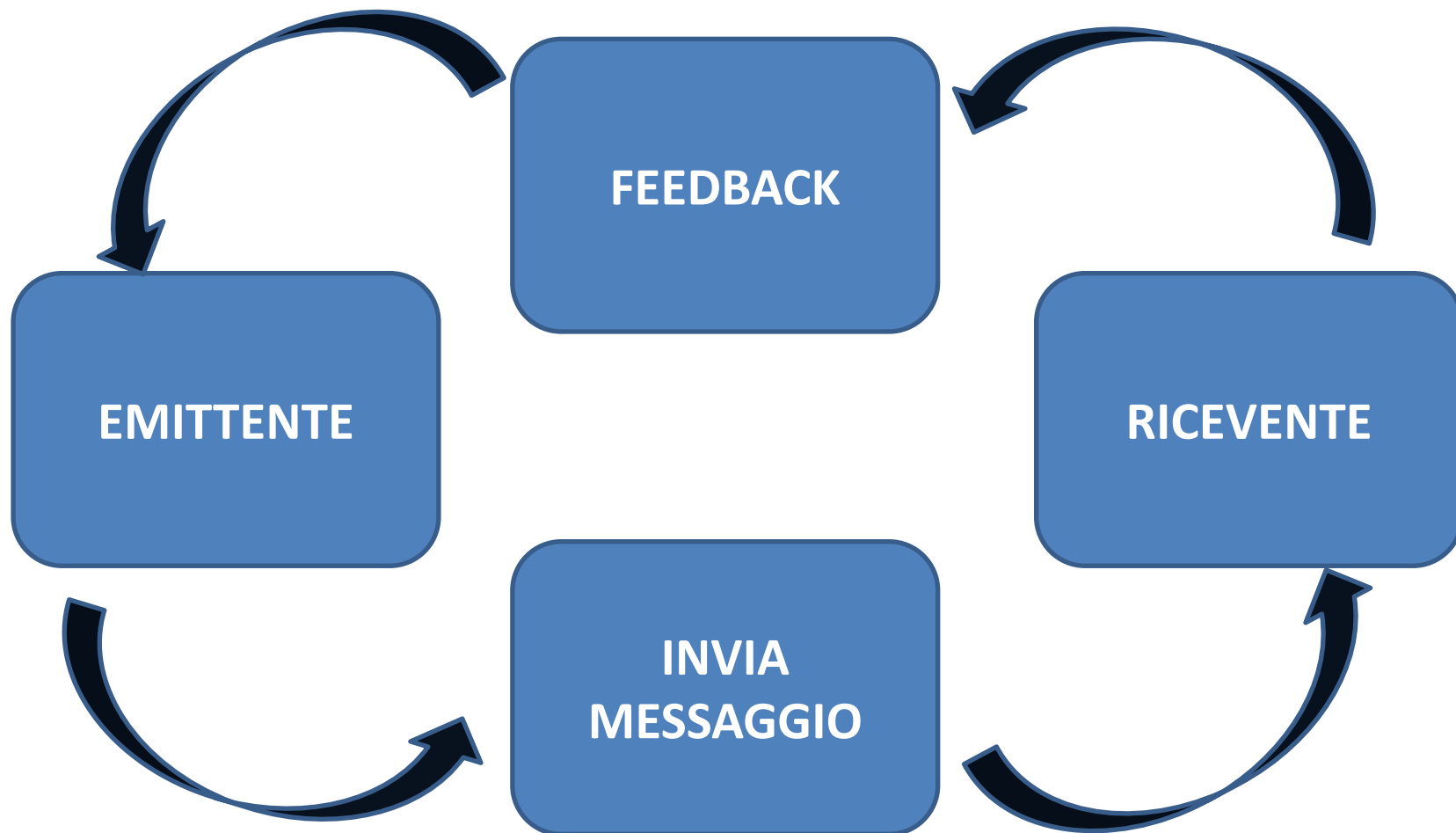
DUE “ASSIOMI” FONDAMENTALI DELLA COMUNICAZIONE:

- non si può non comunicare
- ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e uno di relazione

COMUNICAZIONE AD UNA VIA

COMUNICAZIONE A DUE VIE

PERCORSO DELLA COMUNICAZIONE A DUE VIE



**SE SCORPORIAMO IL MESSAGGIO INVIATO
DALL'EMITTENTE VEDIAMO CHE ESSO E'
COMPOSTO DA**

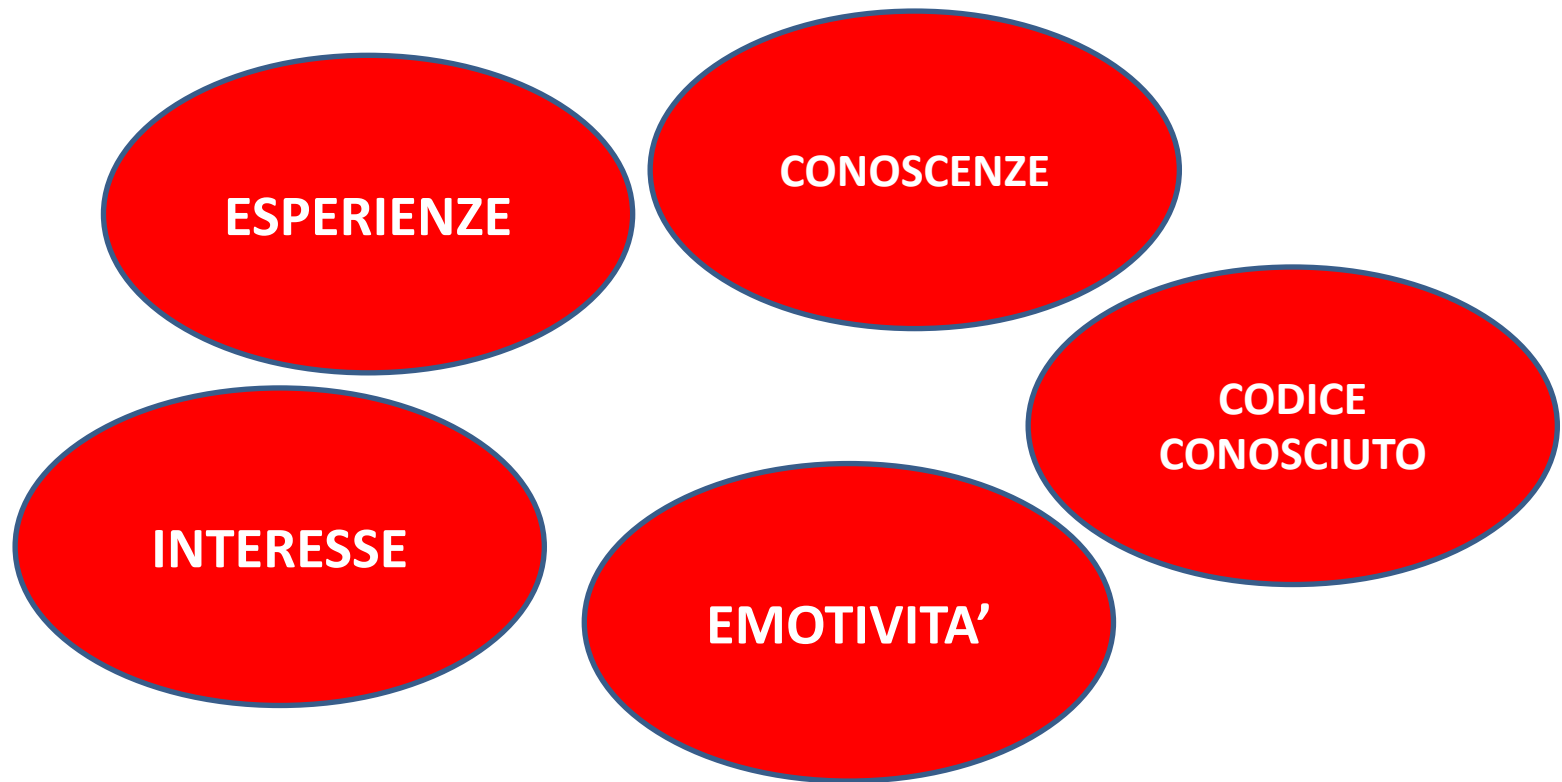
**PARTE
RAZIONALE**

CODICE

**PARTE NON
VERBALE**

**PARTE
EMOTIVA**

IL RICEVENTE A SUA VOLTA ELABORA IL MESSAGGIO IN BASE A:



IL RITORNO (FEEDBACK) POTRA' QUINDI ESSERE



QUANDO COMUNICHIAMO
DOVREMMO SEMPRE RICORDARE
CHE:

ogni comunicazione ha un aspetto di “contenuto” ed un aspetto di “relazione” che qualifica il precedente (ciò che viene trasmesso è influenzato da come viene trasmesso)

il contenuto è trasmesso con linguaggio verbale (le parole); la relazione è istituita da un linguaggio non verbale (il tono, l’atteggiamento, la postura fisica)

tutti gli scambi di comunicazione sono
“simmetrici” o “complementari”, a seconda
che siano basati sull’uguaglianza o sulla
differenza delle persone comunicanti

Nessuna informazione è totalmente
obiettiva

Nessuna informazione è realmente neutra: la stessa parola assume un diverso peso/significato a seconda di come viene pronunciata o espressa

La comunicazione è sempre verbale e non verbale

l'efficacia della comunicazione dipende anche dal grado di ricezione del messaggio

l'esito della comunicazione dipende dal contesto (ambiente e norme che regolano il comportamento dei comunicanti)

**QUANDO VOGLIAMO COMUNICARE QUALCOSA
RICORDIAMO SEMPRE CHE:**

vorremmo comunicare 100
comunichiamo realmente 70
saremo ascoltati 40
saremo capiti 20
sara' ricordato 10

IL RISULTATO RELAZIONALE DELLA COMUNICAZIONE

Accordo

Disaccordo

Compromesso

Accordo

Tutti siamo contenti del risultato della comunicazione:

OK IO E OK TU

Percepriamo sensazioni positive, armoniose ed ottimiste. Tutti abbiamo avuto ciò che volevamo ottenere.



Disaccordo

Nessuno è contento del risultato della comunicazione:

NON OK IO e NON OK TU

Percepiamo sensazioni negative, di sconfitta, deludenti e pessimiste. Nessuno ha avuto ciò che voleva ottenere.



Compromesso

Siamo contenti solo per metà del risultato della comunicazione:

NON OK IO E OK TU oppure OK IO E NON OK TU

Percepriamo sensazioni amarezza, insoddisfazione ed incertezza. Nessuno ha avuto ciò che voleva ottenere nella sua pienezza



**PER ARRIVARE AD UN ACCORDO E' NECESSARIO
COMUNICARE IN MODO EFFICACE**

**affinché la comunicazione sia efficace dobbiamo
fare in modo di non cadere nel tranello delle
nostre ERRATE INTERPRETAZIONI**

COSA SONO LE ERRATE INTERPRETAZIONI

È il nostro modo inconsapevole di non riuscire ad interpretare le cose in modo oggettivo e reale ma, al contrario, di interpretarle in modo soggettivo a seconda di come è formata la nostra “scatola nera”

QUALI SONO LE ERRATE INTERPRETAZIONI PIU' DIFFUSE?

PREGIUDIZIO

è un convincimento, un giudizio, un'idea, un'opinione, che spesso risulta errato, dato in anticipo su una persona o una categoria di persone senza conoscerne dati o fatti

PRECONCETTO

è un'idea fissa o un giudizio che abbiamo concepito prima della conoscenza e dell'esperienza diretta, sulla base di luoghi comuni e di stereotipi

SENSO DI INFERIORITA'

- Fisico (bello, brutto, magro, grasso, ricco, povero, ecc..)
- Relazionali (Timidezza, Introversione, Mancanza o perdita di determinazione, Permalosità, Invidia)

Tutto ciò abbassa l' autostima e ci allontana dalle mete desiderate

GIUSTIFICAZIONI O ALIBI

È la tendenza a giustificarsi e a crearsi alibi non reali, per spiegarsi un mancato risultato. Il comportamento che ne deriva è l'omissione di azioni risolutive e chiare

PAURE O INSICUREZZE

sentimenti che bloccano una persona
prima di agire a causa della mancanza
di dati e di informazioni

ESERCIZIO

analizza senza timori e con sincerità quali, a tuo avviso, sono le tue personali errate interpretazioni. Assegnati un punteggio che va da 0 a 5

pregiudizi _____

preconcetti _____

senso di inferiorità _____

giustificazioni o alibi _____

paure o insicurezze _____

pensa ad un «incidente» da te sperimentato,
accaduto a causa di una cattiva comunicazione

cerca ora di indentificare cosa non ha funzionato a
livello comunicativo e cosa avrebbe potuto
succedere se la comunicazione fosse stata buona

pensa ora ai buoni Comunicatori che hai conosciuto
(ad esempio un Insegnante, un Superiore, un
Amico...)

fai esempi del loro modo di comunicare e dei
vantaggi che ne hai avuto tu

ESERCIZIO

prendi carta e penna

rifletti ora sulle esperienze negative e positive alle quali hai pensato e chiediti: faccio anch'io così?

**COME COMUNICAMO TRA DI NOI
NELL'AMBITO DELL'EQUIPE
MULTIPROFESSIONALE?**

attraverso strumenti

attraverso tecniche

GLI STRUMENTI DI LAVORO DI COMUNICAZIONE POSSONO ESSERE

verbali

cartacei

informatici

gli strumenti verbali sono legati a tutto ciò che diciamo o trasmettiamo attraverso l'uso della parola

gli strumenti cartacei sono tutti gli strumenti che implementano, traducono in forma scritta e concretizzano gli strumenti verbali

gli strumenti informatici sono quelli utilizzati per comunicare ed archiviare le informazioni in chiave elettronica

***Esempio di
strumenti
verbali***



- Riunioni
- Passaggio verbale di consegne
- Formazione ed aggiornamento
- Briefing
- Ecc.....

***Esempio di
strumenti
cartacei***



- Consegne
- PAI
- Verbali riunioni
- Protocolli e Procedure
- Strumenti di valutazione
(barthel, tinetti, exton smith
ecc..)

***Esempio di
strumenti
informatici***



- File in formato word
- File in formato excel
- Appositi programmi gestionali
- Posta elettronica
- ecc...

**GLI STRUMENTI CARTACEI SU CUI CI
CONCENTRIAMO
consegna**

**pai – progetto assistenziale
individualizzato**

Altri strumenti collegati al PAI

CONSEGNA

**METODO COMUNICATIVO CHE, SE
CORRETTAMENTE IMPLEMENTATO
ATTRAVERSO LA GIUSTA TECNICA , CI
CONSENTE DI TRASMETTERE AD ALTRA
PERSONA CHE CI SUCCEDE NELL'INCARICO,
LE INFORMAZIONI NECESSARIE ALLO
SVOLGIMENTO DELL'INCARICO STESSO**

CONSEGNE

rappresentano un momento di condivisione multi-professionale rispetto a tutte le informazioni che riguardano i nostri assistiti e sono essenziali per la concreta realizzazione del servizio

**SI PUO' QUINDI AFFERMARE
CHE LA CONSEGNA**

**e uno strumento comunicativo del
servizio**

**deve essere implementata attraverso
una precisa tecnica**

LE FORME DI CONSEGNA

Le consegne sono espresse in forma scritta per lasciare una traccia permanente dell'osservazione

Accanto alle consegne scritte esistono sempre consegne informali effettuate verbalmente (importanti ma MAI sostitutive)

LA CONSEGNA RAPPRESENTA

Lo strumento fondamentale propedeutico per la elaborazione, ri-elaborazione e sviluppo del PAI

Lo strumento fondamentale che traccia la storia dell'assistito

Lo strumento di aggiornamento rapido ed efficace dopo una assenza del personale relativamente lunga dal servizio (es. ferie o malattia)

LA CONSEGNA COME

**strumento fondamentale propedeutico per la
elaborazione, ri-elaborazione e sviluppo del
PAI**

ENTRANO IN ATTO I NOSTRI SENSI

vista

udito

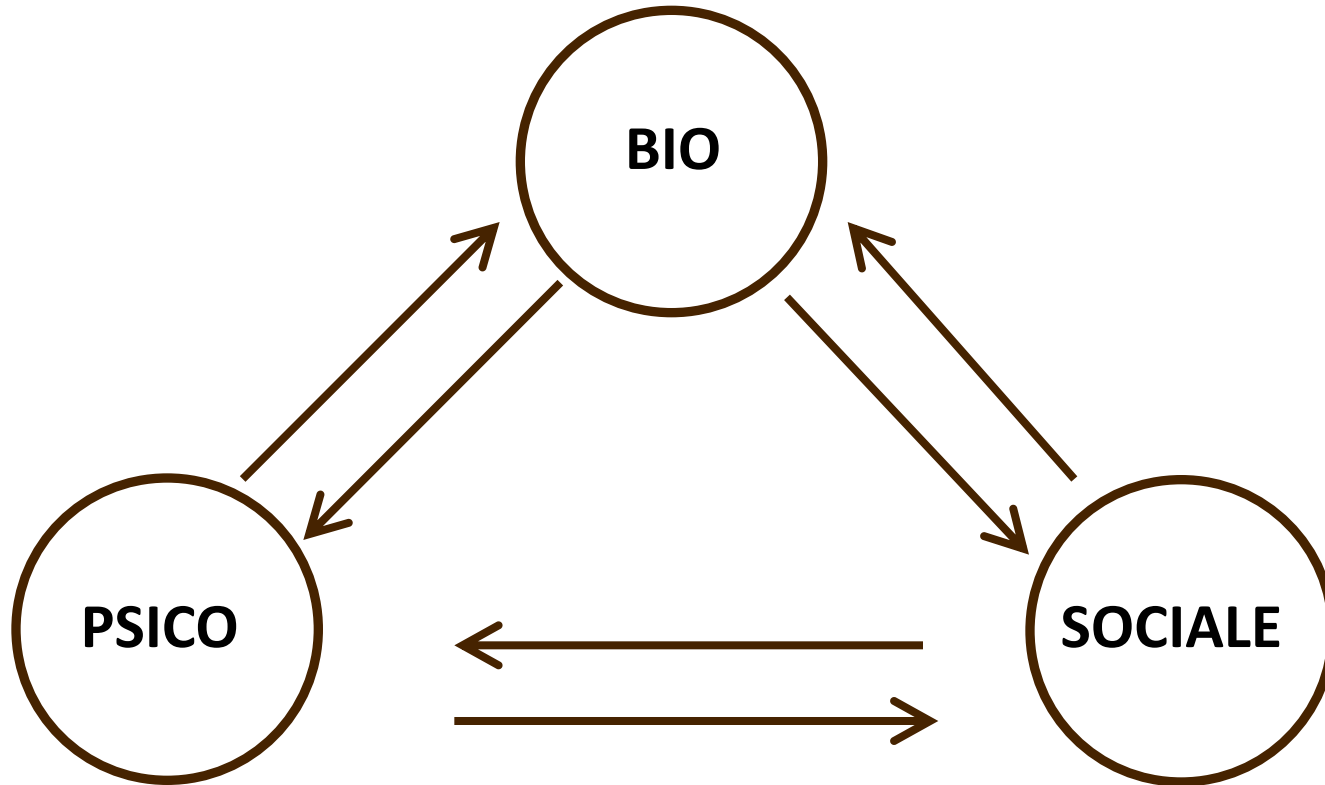
tatto

odorato

gusto

***COSA OCCORRE OSSERVARE, RILEVARE E
TRASMETTERE ATTRAVERSO L'USO
CORRETTO DELLA CONSEGNA***

RICOMPOSIZIONE DELL'INDIVIDUO



**SAPER OSSERVARE TRA I CAMPI CONGIUNTAMENTE,
DISAGGREGANDO SOLO PER SEMPLICITÀ
COGNITIVA / ESPLICATIVA**

ASPETTI BIOLOGICI

1. patologie individuate
2. espressione (mimica facciale, sguardo)
3. colorito
4. respiro
5. vitalità
6. controllo segmenti corporei
7. postura / giacitura
8. articularità / movimento/deambulazione/equilibrio
9. espressione verbale
10. manualità fine
11. alimentazione e idratazione
12. eliminazione urinaria/alvo
13. sonno / veglia

ASPETTI PSICOLOGICI E DEL COMPORTAMENTO

1. capacità mnesiche (memoria a breve e lungo termine)
2. capacità cognitive(orientamento/comprendione)
3. capacità rielaborative
4. affettività tono dell'umore (depresso - eccitato)
5. atteggiamento (tranquillo - irrequieto)
6. orientamento (spazio-temporale)
7. aggressività (latente - alta)
8. adeguatezza / appropriatezza (al contesto

ASPETTI SOCIALI

1. Affetti
2. Relazioni
3. Socialità
3. Mappa della rete sociale e sua evoluzione
4. Rete pregressa perdurante
5. Creazione di una nuova rete sociale ed affettiva

LE RILEVAZIONI/OSSERVAZIONI
PARTONO SEMPRE DA PUNTI DI
RIFERIMENTO ATTRAVERSO LA
COMPARAZIONE

LA COMPARAZIONE È UN NOSTRO
NORMALE STRUMENTO COGNITIVO
PERCHE' NEL NOSTRO CERVELLO
SCATTA UNA RICERCA DI
IMMAGINI/SITUAZIONI SIMILI A QUELLA
CHE STIAMO VEDENDO / VIVENDO

LA COMPARAZIONE PUÒ AVVENIRE CON

**Stato precedente (un'ora fa, ieri, una settimana fa)
dello stesso soggetto osservato**

**Stato di altro soggetto (individuabile) in analogo
contesto**

**Mix esperienziale di altri soggetti in situazioni
analoghe**

Immagine delle nostre conoscenze teoriche

LA CONSEGNA COME

**strumento fondamentale che traccia la storia
dell'assistito**

ASPETTI LEGALI

LE CONSEGNE POSSONO ASSUMERE RILEVANZA

CIVILE → responsabilità individuali e dell'ente / società (risarcimento danni, assicurazioni) contrattuali, iuslavorative

PENALE → responsabilità individuale (es. maltrattamenti; abbandono di incapace; sequestro di persona...)

LA CONSEGNA COME

**strumento di aggiornamento rapido ed efficace
dopo una assenza del personale relativamente
lunga dal servizio (es. ferie o malattia)**

**torna il concetto di dare le informazioni
necessarie allo svolgimento dell'incarico stesso
perché....**

**attraverso la lettura ed il “passaggio” della
consegna il Professionista che è stato assente dal
lavoro per un determinato periodo, ha la
possibilità di essere informato su tutto quanto
successo il sua assenza e quindi, svolgere il
proprio lavoro nel miglio modo possibile**

ALCUNE TECNICHE PER SCRIVERE CONSEGNE EFFICACI, LEGITTIME E PROFESSIONALI

**PER CONDIVIDERE CON TUTTI I COLLEGHI
LE INFORMAZIONI RACCOLTE OCCORRE
METTERSI NEI PANNI DI CHI LEGGERA' LA
CONSEGNA, PERTANTO, NON BISOGNA
DARE NULLA PER SCONTATO**

OCCORE FARE ATTENZIONE A:

**QUALE INFORMAZIONE DOBBIAMO
TRASFERIRE**

QUALE CODICE UTILIZZIAMO

LA SINTASSI (ITALIANO CORRETTO)

LA CALLIGRAFIA

L'IDENTIFICAZIONE DI CHI SCRIVE

LE INFORMAZIONI ELABORATE E TRASMESSE

DEVONO ESSERE :

- CORRETTE E PRECISE
- LEGGIBILI
- TEMPESTIVE
- COMPLETE
- MIRATE
- UTILI

COSA EVITARE

NO GIUDIZI ETICI O PERSONALI

**NO LUOGHI COMUNI (modo di dire semplice e superficiale
e dettato dal pregiudizi)**

NO PREGIUDIZI

**NO ACRONIMI CHE NON FANNO PARTE DEL GERGO
PROFESSIONALE COMUNE**

NO SBIANCHETTATURE

TECNICHE EFFICACI DI SCRITTURA DI UNA CONSEGNA

scrivere frasi brevi

soggetto, verbo, complemento

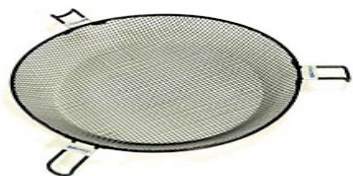
verificare il senso compiuto

**SEGNALARE LE AZIONI O GLI INTERVENTI SVOLTI,
ANCHE QUELLI CHE DANNO UNA RISPOSTA AD
UNA RILEVAZIONE SEGNALATA DA QUALCUN
ALTRO O QUELLI CHE SEGNALANO L'ESITO DI
QUALCOSA CHE E' STATO FATTO**

CIÒ CHE SI SCRIVE DEVE
CORRISPONDERE A PRINCIPI DI :

VERIDICITÀ
OGGETTIVITÀ
LEGALITÀ
IMPARZIALITÀ

SELEZIONARE LE INFORMAZIONI



IL SETACCIO DELLE INFORMAZIONI
PUÒ AVERE MAGLIE PIÙ O MENO
FITTE DOMANDIAMOCI SE UN
FATTO O UN DETTAGLIO È
IMPORTANTE PER....

NOI

I NOSTRI COLLEGHI

I NOSTRI COORDINATORI / SUPERIORI

ALTRE FIGURE PROFESSIONALI
DELL'EQUIPE

**DOBBIAMO METTERCI NEI PANNI DELL' INTERA
EQUIPE E CERCARE DI IMMAGINARE IL
FATTO CON GLI OCCHI DI TUTTE LE FIGURE
PROFESSIONALI**

**GLI STRUMENTI INFORMATIVI
PER RACCOGLIERE I DATI
SULL'ASSISTITO E PREDISPORRE
IL PAI**

GLI STUMENTI INFORMATIVI
SPECIFICI SONO SCHEDE VALIDATE
(CIOE' RICONOSCIUTE DALLA
COMUNITA' SCIENTIFICA) CHE
PERMETTONO DI MISURARE IL
GRADO DI AUTONOMIA E I RISCHI
CHE LE PERSONA CORRE RISPETTO
AD UN DETERMINATO PROBLEMA

INDICE DI BARTHEL

rappresenta uno degli strumenti di valutazione della funzione fisica più noti, soprattutto in ambito riabilitativo. Fornisce un punteggio indicativo delle capacità del soggetto di alimentarsi, vestirsi, gestire l'igiene personale, lavarsi, usare i servizi igienici, spostarsi dalla sedia al letto e viceversa, deambulare in piano, salire e scendere le scale, controllare la defecazione e la minzione. Il punteggio assegnato per ogni funzione può essere 15, 10, 5 o 0. Vengono assegnati 10 punti se il soggetto si alimenta autonomamente e 5 punti se richiede aiuto (esempio tagliare il cibo). Per il controllo della minzione e defecazione si considera indipendente il paziente che gestisce autonomamente i propri bisogni; con aiuto se richiede l'aiuto (anche parziale) di altri per utilizzare strumenti quali pappagallo o padella; dipendente se usa il catetere o presenta episodi di incontinenza, anche saltuari. **Il punteggio massimo è assegnato solo se il paziente esegue il compito in modo completamente indipendente, senza la presenza di personale d'assistenza. Il punteggio massimo è 100 ed indica l'indipendenza in tutte le attività di base della vita quotidiana.**

Geriatric Depression Scale (GDS)

La Geriatric Depression Scale è una tra le più diffuse scale per la **valutazione di sintomi depressivi nell'anziano** e trova una sua applicabilità anche nel paziente demente di grado lieve-moderato (si sconsiglia l'utilizzo nei pazienti con un Mini Mental State inferiore a 15). E' uno strumento composto da 30 items, che esclude la rilevazione dei sintomi somatici e di sintomi psicotici. le risposte sono di tipo binario (si/no) e questo rende lo strumento di più facile utilizzo nei pazienti anziani con deficit cognitivo. Il punteggio varia da 0 (non depresso) a 30 (massima gravità della depressione), con un cut-off individuato a 11 per la presenza di sintomi depressivi clinicamente rilevanti. La gravità della depressione viene quindi così rappresentata: da 0 a 10 assente, da 11 a 16 depressione lieve-moderata, 17 o superiore depressione grave.

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Il MMSE rappresenta un rapido e sensibile strumento per l'esplorazione della funzione cognitiva e delle sue modificazioni nel tempo, applicabile anche in forme gravi di deterioramento. Fra le versioni disponibili si propone quella validata dal gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia

(G.B.Frisoni, R.Rozzini, A.Bianchetti, M.Trabucchi: Principal lifetime occupation and MMSE score in elderly persons. Journal of Gerontology: Social Sciences 48:S310-S314, 1993)

La somministrazione richiede 10-15 minuti.

Il punteggio totale, dato dalla somma dei punteggi che il paziente ha ottenuto a ciascun **item**, può andare da:

- un minimo di 0 (massimo deficit cognitivo)
- un massimo di 30 (nessun deficit cognitivo)

Il punteggio soglia è 23-24 e la maggior parte delle persone anziane non dementi ottiene punteggi raramente al di sotto di 24. Tuttavia i valori dei punteggi cut-off riportati in studi recenti variano notevolmente nei diversi lavori, in quanto fattori come l'età e la scolarità contribuiscono significativamente alle variazioni dei punteggi attesi nella popolazione normale; per questo motivo sono stati elaborati coefficienti di aggiustamento del punteggio.

Il MMSE è costituito da 11 item tramite i quali vengono valutate alcune funzioni cognitive:

Item 1: orientamento temporale

Item 2: orientamento spaziale

Item 3: memoria immediata (memoria di fissazione o registrazione)

Item 4: attenzione e calcolo

Item 5: memoria di richiamo

Item 6: linguaggio-denominazione

Item 7: linguaggio-ripetizione

Item 8: linguaggio-comprensione orale

Item 9: linguaggio-lettura e comprensione scritta

Item 10: linguaggio-generazione di frase scritta

Item 11: copia di disegno (prassia costruttiva)

Item 1 e 2

Le informazioni possono essere raccolte sotto forma di colloquio.

Gli elementi correttamente forniti possono essere sottolineati o cerchiati. Si assegna un punto per ogni localizzazione temporale esatta ed un punto per ogni localizzazione spaziale esatta.

Item 3

Dopo aver nominato tre parole (casa, pane, gatto), chiaramente e lentamente (una al secondo) invitare il paziente a ripeterle. Qualora non riesca al primo tentativo è possibile ripeterle fino ad un massimo di sei tentativi oltre i quali la prova viene sospesa. Si assegna un punto per ogni parola correttamente ripetuta al primo tentativo.

Item 4

Chiedere al paziente di sottrarre per 5 volte sette da cento; il paziente va fermato dopo cinque risposte indipendentemente dalla loro correttezza. Se il paziente non riesce a fornire le risposte o non vuole eseguire la prova è possibile, in alternativa, chiedere di scandire all'indietro la parola "MONDO" una lettera alla volta. Si assegna un punto per ogni risposta (sottrazione o lettera) correttamente fornita.

Item 5

Si invita il paziente a ricordare le tre parole precedentemente somministrate. Si assegna un punto per ogni termine correttamente ricordato.

Item 6

Vengono mostrati due oggetti (penna ed orologio) chiedendo di denominarli. Si assegna un punto per ogni oggetto correttamente identificato.

Item 7

Si valuta l'abilità a ripetere uno scioglilingua: "TIGRE CONTRO TIGRE". Un punto se la prova è eseguita correttamente

Item 8

Si presenta al paziente un foglio bianco chiedendogli di eseguire il seguente compito: prendere il foglio con la mano destra, piegarlo in due e riporlo sul tavolo. Si assegna un punto per ogni operazione correttamente eseguita.

Item 9

Si mostra al paziente un foglio con la scritta "chiuda gli occhi" chiedendo di eseguire il comando scritto. Viene assegnato un punto se l'ordine viene eseguito.

Item 10

Viene fornito un foglio bianco al paziente chiedendo di scrivere una frase. La frase deve contenere soggetto e verbo e deve avere un senso compiuto; in questo caso si assegna un punto.

Item 11

Si mostra al paziente un disegno costituito da due pentagoni intersecati chiedendogli di copiarlo. Si assegna un punto se la copia è corretta, ossia se ognuna delle figure ha cinque angoli e se due di questi sono intersecanti.

Il punteggio complessivo è direttamente proporzionale alla efficienza delle funzioni cognitive. Il valore massimo è 30. E' necessario correggere il punteggio grezzo per età e scolarità del soggetto (vedi tabella). E' considerato normale un punteggio corretto superiore a 24. Coefficienti di aggiustamento del MMSE per classi di età e educazione nella popolazione italiana (Magni et al, 1996). Il coefficiente va aggiunto (o sottratto) al punteggio grezzo del MMSE per ottenere il punteggio aggiustato.

	<i>Intervall o di età</i>	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
<i>Livello di educazione</i>						
<i>0-4 anni</i>		+0.4	+0.7	+1.0	+1.5	+2.2
<i>5-7 anni</i>		-1.1	-0.7	-0.3	+0.4	+1.4
<i>8-12 anni</i>		-2.0	-1.6	-1.0	-0.3	+0.8
<i>13-17 anni</i>		-2.8	-2.3	-1.7	-0.9	+0.3

Mini Nutritional Assessment

è uno strumento che valuta il rischio di malnutrizione nell'anziano. Il valore che si può ottenere dalla sua compilazione va da 0 a 30 punti:

da 24 a 30 punti stato nutrizionale normale
da 17 a 23,5 punti rischio di malnutrizione
meno 17 punti cattivo stato nutrizionale

RISCHIO PIAGHE DA DECUBITO

- NORTON PLUS (da 5 a 20 – 5 alto rischio e 20 basso rischio)
- BRADEN (da 6 a 23 – 6 alto rischio e 23 basso rischio)

entrambe le scale indicano il rischio di insorgenza piaghe da decubito.

Scala di Tinetti

La “Tinetti balance and Gait Scale” è uno strumento di facile utilizzo, diffuso e validato e si è dimostrato essere un buon indice predittivo di caduta.

La versione proposta è quella validata dal gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia (*Franzoni S, Rozzini R: Le cadute nell'anziano. In: Bianchetti A, Rozzini R, Zanetti O, Trabucchi M: Ruolo del nursing nella cura del molto vecchio. GRG Ed, Brescia, 1990*).

Punteggi uguali o inferiori a 1 indicano il soggetto non deambulante; tra 2 e 19 deambulante a rischio di caduta; uguale superiore a 20 deambulante a basso rischio di caduta.

La scala può essere utilizzata per definire i soggetti da sottoporre a particolare sorveglianza e a programmi riabilitativi ed anche per definire l'efficacia o gli effetti collaterali negativi di terapie e programmi riabilitativi.

Equilibrio: il soggetto deve essere valutato seduto su una sedia senza braccioli e deve essere invitato a svolgere le manovre indicate. Si valuta la qualità della risposta, mentre non è particolarmente rilevante la velocità

Andatura: il soggetto sta in piedi di fronte all'esaminatore, cammina lungo il corridoio o attraverso la stanza, all'inizio con il suo passo usuale, poi con un passo un po' più rapido. Può usare gli usuali ausili per il cammino.

IL PAI

PROGETTO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

(E INTEGRATO)

Il P.A.I., è il documento che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare la valutazione di ciascun ospite, con lo scopo di dare l'avvio ad un progetto di assistenza e cura che abbia come obiettivo la salute dell'ospite stesso e la sua migliore qualità di vita possibile

PROGETTARE L'ASSISTENZA PERSONALIZZATA PER L'ASSISTITO, IMPLICA NECESSARIAMENTE UNA CONOSCENZA APPROFONDATA DELL'ASSISTITO STESSO, PERTANTO, DOBBIAMO TRACCIARE UN QUADRO PRECISO CHE CI DIA UNA VISIONE GLOBALE DEL SOGGETTO, OSSIA CHE LO DESCRIVA DAL PUNTO DI VISTA BIO-PSICO-SOCIALE. LA DESCRIZIONE DEL SOGGETTO, DEI SUOI PROBLEMI E RISCHI, AVVIENE ANCHE ATTRAVERSO L'AIUTO DELLE SCHEDE DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

LA COSTRUZIONE ED ELABORAZIONE DEL P.A.I.

ogni struttura ed ogni servizio adottano un proprio “formato” di PAI, ma tutti si accomunano per l’analisi approfondita di 5 elementi fondamentali:

INDIVIDUAZIONE DEL PROBLEMA O PROBLEMI

DEFINIZIONE DI UNO O PIU' OBIETTIVI

RISORSE DISPONIBILI

AZIONI ED INTERVENTI FINALIZZATI AL RAGGIUNGIMENTO
DELL'OBIETTIVO

VERIFICA EFFICACIA ED EFFICIENZA

INDIVIDUAZIONE DEL PROBLEMA O DEI PROBLEMI:

Attenzione a non confondere il problema con la
patologia

Nell'individuazione del problema non fermarsi alla
“superficie” delle situazioni ma cercare di
andare il più a fondo possibile

Occorre saper oggettivare e «misurare» i problemi.

DEFINIZIONE DI UNO O PIU' OBIETTIVI:

gli obiettivi devono essere raggiungibili, verificabili e misurabili

gli obiettivi devono essere collegati al problema, ossia, devono rappresentare la soluzione del problema stesso

deve essere definito in quanto tempo si prevede di raggiungere l'obiettivo

nella definizione dell'obbiettivo occorre tenere conto delle risorse che si hanno a disposizione

INDIVIDUAZIONE DELLE RISORSE:

umane

di tempo

economiche

“esterne”

AZIONI ED INTERVENTI FINALIZZATI AL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO

chi fa, cosa fa, quando fa, come lo fa

è facile confondere le azioni e gli interventi con
l'obiettivo...

VERIFICA EFFICACIA ED EFFICIENZA

l'efficacia e l'efficienza sono verificate nei tempi previsti quando si è definito l'obiettivo, attraverso "strumenti" precedentemente individuati:

è stato raggiunto l'obiettivo?

è stato raggiunto con le risorse previste?

DOPO LA VERIFICA.....

***Si procede con la*
ri-progettazione**

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

**VI AUGURO DI AVERE UNA VITA
PROFESSIONALE FELICE.**

Manuela