



## II CONGRESSO REGIONALE A.N.Í.M.O

Le nuove frontiere  
della medicina interna

A  
SSOCIAZIONE

N  
AZIONALE

I  
NFERMIERI

M  
EDICINA

O  
SPEDALIERA

## L' ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALLA LUCE DELLE NUOVE NORMATIVE: "GLI OBIETTIVI"

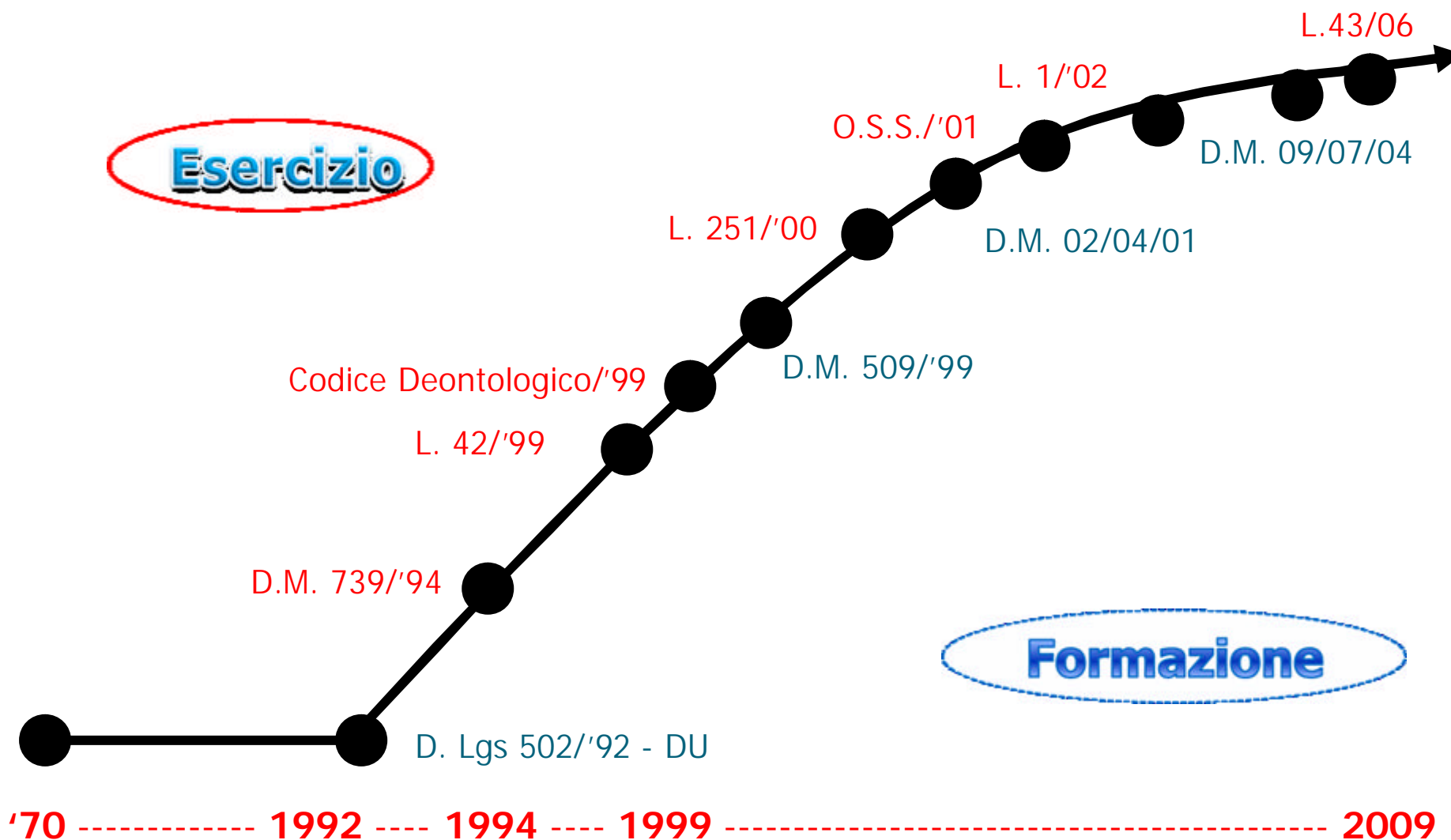
Roberta Attianese  
Coordinatore infermieristico  
Fondazione G. Pascale  
Napoli

Dott.ssa Giovanna Pentella  
Dirigente infermieristico  
Osp. FATEBENEFRATELLI  
Napoli

NAPOLI, 09/10/2009  
OSPEDALE FBF NAPOLI

# L'evoluzione normativa

**Esercizio**



**Formazione**

# La credibilità dell'Infermiere moderno



- ❖ Capacità di saper riconoscere i bisogni della popolazione
- ❖ Tempestività nella risposta
- ❖ Qualità e dall'ampiezza della stessa

# La disciplina infermieristica



- ✓ Umanistica: ha come oggetto di studio l'Uomo portatore di un bisogno di assistenza infermieristica
- ✓ Prescrittiva o pratica: soddisfacimento dei bisogni di assistenza infermieristica
- ✓ Dialogica o strategica: ha come metodo il processo di assistenza infermieristica o metodologia clinica

# Necessità dell'Infermiere Moderno



- Oltre che la chiarezza e la condivisione del *“Ruolo Infermieristico”*
- *Conoscenze di base e generali*
- *Conoscenze specifiche, specialistiche ed avanzate nei diversi campi appartenenti al Nursing*
- *Capacità di sviluppare propri modelli e proprie teorie*

## ADVOCACY



- Fondamento filosofico della relazione infermiere-paziente
  - **“Fine ultimo del nursing è il benessere degli altri esseri umani”** (Curtin 1979)
  - **“Il ruolo di advocacy consiste nell’informare e supportare il paziente in qualunque decisione assistenziale condivisa”** (Kohnke, 1980)

Lo scenario legislativo che si è andato delineando negli ultimi dieci anni ha determinato un radicale mutamento del ruolo dell'infermiere da tre punti di vista

⇒ dell'autonomia infermieristica

⇒ della responsabilità

⇒ DELLA COMPETENZA INDIVIDUALE E DEL GRUPPO PROFESSIONALE

# La disciplina infermieristica



- L'assistenza infermieristica è una competenza **esclusiva** ed **escludente** della professione infermieristica.

Sasso e Bagnasco

“ Il significato dell'autonomia professionale sta a dimostrare che l'infermiere è una figura professionale indipendente rispetto al medico, con specifiche competenze sue proprie e con una propria area di competenza e responsabilità dove il medico non può intromettersi”

(Ambrosetti, Piccinelli, Piccinelli; La responsabilità nel lavoro sanitario d'equipe, cit.,pp 92-3)



# Promuovere la salute



**GLI INFERMIERI SOSTENGONO IL DIRITTO ALLA SALUTE E IL DIRITTO ALL'ASSISTENZA SANITARIA PROMUOVENDO LA SALUTE DI INDIVIDUI E GRUPPI DI PERSONE. LA PRESA DI POSIZIONE (ICN, ASSISTENZA SANITARIA E QUALITÀ DI VITA 1986), INDICA CHE GLI INFERMIERI SONO I PRIMI PATROCINATORI (ADVOCATE) DEI DIRITTI DI OGNUNO ALLA SALUTE E AI SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA.**

**→ CONCETTO ETICO DI ADVOCACY, → AUTONOMIA, BENEFICENZA, NON MALEFICENZA].**

# Code of Ethics for Nurses ICN 2000

## Competenza /responsabilità



**COMPETENZA LEGALE: ASPETTI  
DEONTOLOGICI E LEGISLATIVI**

**COMPETENZA MORALE ANA (2001) :  
“ESSERE IN GRADO DI RISPONDERE A  
SE STESSI E AGLI ALTRI IN MERITO ALLE  
PROPRIE AZIONI”**

# Autonomia dell'agire professionale

Tre livelli di decisionalità

1. Abilitazione ad operare
2. Competenza per operare
3. Governo del processo decisionale

RESPONSABILITÀ SITUAZIONALE



Livello di competenza  
Livello di responsabilità

# Consiglio europeo delle professioni liberali CEPLIS



- Otto valori di riferimento:
  - 1) segreto professionale
  - 2) partecipazione alla formazione professionale continua
  - 3) indipendenza e imparzialità
  - 4) onestà e integrità
  - 5) supervisione del personale di supporto
  - 6) osservanza dei codici deontologici e di **buona pratica**
  - 7) assicurazione di indennità professionale
  - 8) conflitti con convinzioni morali o religiose

# “Codice FEPI”



- Garantire la sicurezza e la tutela delle persone che ricevono assistenza infermieristica in Europa, fornendo agli enti regolatori della professione infermieristica i principi ispiratori per sviluppare i rispettivi Codici Deontologici
- Informare i pazienti e gli infermieri sui valori comuni dell'etica e della deontologia a cui devono attenersi tutti gli infermieri che esercitano la professione in Europa

# RESPONSABILITA'



## SAPERE ESPERIENZIALE

**“la logica riflessiva sostiene nel professionista l’atteggiamento di analisi, di ricerca e di critica in funzione di uno sviluppo e adeguamento continuo della propria competenza”**

**(K. Popper)**

# L'elemento oggettivo del reato



- ❖ La **condotta** del soggetto attivo del reato può consistere in un'azione o in un'omissione. In relazione alla condotta si parla di reati **commissivi** e di reati omissivi
- ❖ L'**evento** è il risultato di un'azione o di un'omissione; è, cioè, la conseguenza della condotta del soggetto (per esempio, in conseguenza di una data condotta offensiva segue la morte della persona ); l'evento può non essere presente in un reato tanto che si parla **di reati di pura condotta (o formali)**, che sono quelli che si perfezionano con la semplice condotta di un soggetto, dai **reati di evento**, quelli ai quali la legge richiede che a una data condotta segua anche un evento

# La responsabilità professionale



- Il nesso di causalità: è il rapporto necessario che deve intercorrere tra condotta ed evento
- Art.40 C.P. sancisce positivamente:” nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l’evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l’esistenza del reato, **non è conseguenza della sua azione o omissione**”



## La colpa specifica



- ❖ L'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline rappresenta la “**colpa specifica**” e consiste nella non osservanza di tutte quelle regole codificate che mirano a evitare la realizzazione di un evento dannoso

Benci L. Manuale giuridico professionale per l'esercizio del Nursing, 2 ed.

MANSIONARIO: COMPITO = PROFILO:  
COMPETENZA



## COMPETENZA

*Un livello di performance che dimostri  
l'effettiva applicazione della conoscenza,  
delle abilità e del giudizio*

*ICN 1997*

Infermiere  
con Competenza Avanzata  
*ICN 1997*



**HA ACQUISITO LA CONOSCENZA  
ESPERTA DI BASE, ABILITÀ COMPLESSE  
DI PRESA DELLE DECISIONI E  
COMPETENZE CLINICHE UTILI PER UNA  
PRATICA AVANZATA.**

**E' raccomandata una formazione infermieristica  
avanzata (*ICN 2000*)**

# Code of Ethics for Nurses ICN 2000

## Competenza /responsabilità



**“COMPETENZA = CAPACITÀ DI  
RISPONDERE ( BE ACCOUNTABLE) E  
RESPONSABILITÀ**

**LA COMPETENZA È ETICAMENTE  
IMPORTANTE IN QUANTO BASE DELLA  
RELAZIONE INFERMIERE/PAZIENTE**

## ADVOCACY



- **“ Supporto al paziente in tutte le situazioni assistenziali, per garantire i diritti e gli interessi del paziente in una sincera partner-ship dove gli infermieri vedono il paziente come un vero amico” (Gates 1994)**
- Conservazione dei migliori interessi del paziente (mod.paternalista)
- Per il rispetto dei diritti umani del paziente
- Autonomia del paziente
- Giustizia sociale nei confronti di tutti i pazienti

# Competenza

**“ La competenza professionale è l’uso abituale e ragionevole della comunicazione, conoscenza, abilità tecniche,ragionamento clinico, emozioni, valori e riflessione nella pratica quotidiana del nursing per il beneficio dell’individuo e della comunità servita”**

2002)

(Saiani, Palese

- **Macrocompetenze: diagnosticare la situazione assistenziale: capacità critica di analizzare, leggere la situazione e cercare di risolverla al meglio, specialmente le relazioni assistenziali con l’altro proveniente da cultura distante da noi;**
- **Relazionarsi con l’altro: comunicare, cooperare, ascoltarlo nel suo bisogno fisico, educativo, socioculturale e relazionale;**
- **Affrontare il mutamento (l’ambiguità del bisogno): negoziare, prendere decisioni, individuare strategie e metodologie d’intervento**

## L'ETICA DELLE RESPONSABILITA'



- “ La necessità di sviluppare un’etica propria non collocata nell’ambito della certezza normativa ma in quello dell’assunzione del rischio. Come afferma Cavana, gli infermieri sono professionisti consapevoli che dovranno rinunciare ad una comoda esternalizzazione delle responsabilità”. ( C Motta, Introduzione alle scienze infermieristiche, Carocci 2002 pp 82-4 )

# L'accezione positiva della responsabilità



- ❖ La realizzazione del bene salute, comporta che l'infermiere abbia la capacità di avere cognizione del risultato del suo agire, ossia di “**saper prevedere**”, avendo consapevolezza del risultato assistenziale. E' indubbio che riuscire a prevedere il risultato di un'azione può permettere di prevenire i potenziali rischi che da quell'azione potrebbero derivare

(G.A.Barbieri- A. Pennini Le responsabilità dell'Infermiere - Carocci 2008)



# L'ETICA DELLE RESPONSABILITÀ



- E' caratterizzata principalmente da due considerazioni fondamentali: la riflessione sulle conseguenze delle decisioni assunte e il calcolo dei processi che vengono innestati con tali decisioni
- L'etica delle responsabilità assume nelle decisioni scientifiche, come in quelle politiche, le componenti e variabili culturali che storicizzano concretamente una scelta

Quattrocchi P. Etica, scienza, complessità, F. Angeli, Milano

# Promuovere la salute



Nel sostenere i valori e le scelte dei loro assistiti, gli infermieri difendono (advocate) i diritti umani fondamentali degli individui di essere rispettati come persone in grado di compiere delle scelte in modo indipendente in quanto hanno il controllo della propria vita. Come advocate del paziente, l'infermiere favorisce la sua salute e benessere nel modo stabilito dalla persona stessa e non da qualcun altro

Ciò costituisce una parte della responsabilità fondamentale dell'infermiere di promuovere la salute

(Gomez, 1999)

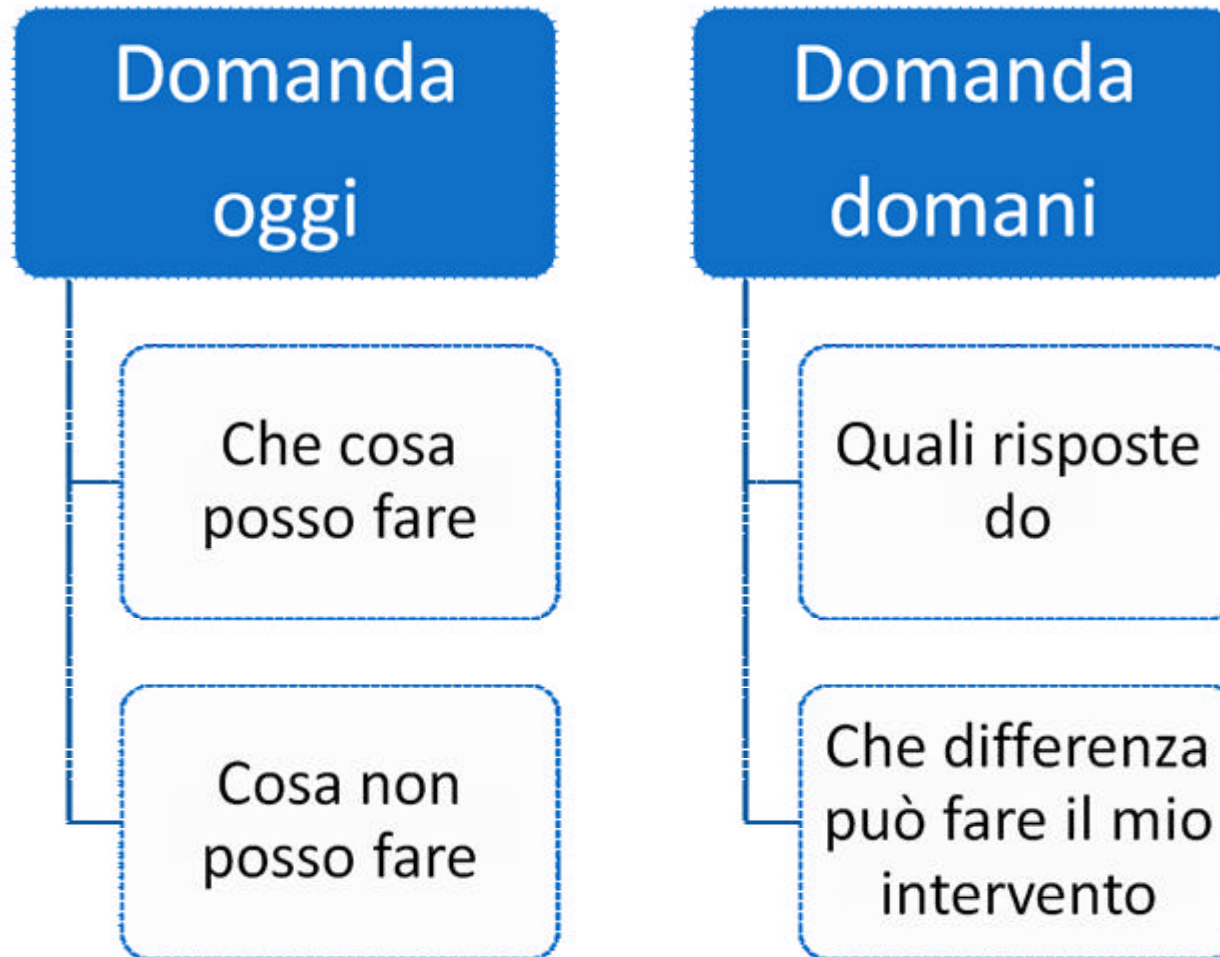
# Concetti etici per la pratica infermieristica



**COOPERAZIONE (ALLEANZA E RECIPROCIÀ):  
“COMPRENDE LA PARTECIPAZIONE ATTIVA CON  
GLI ALTRI PER PRESTARE UN’ASSISTENZA DI  
QUALITÀ, LA COLLABORAZIONE NELLA  
PROGETTAZIONE ALL’ASSISTENZA  
INFERMIERISTICA E LA RECIPROCIÀ TRA  
COLORO CON I QUALI L’INFERMIERE SI  
IDENTIFICA DAL PUNTO DI VISTA  
PROFESSIONALE. CIÒ SIGNIFICA CONSIDERARE I  
VALORI E GLI OBIETTIVI DEI COLLEGHI DI  
LAVORO COME I PROPRI”**

**(GLENN,1999)**

# CRESCITA CULTURALE DELLA COMUNITA' PROFESSIONALE



# Autonomia dell'agire professionale

Tre livelli di decisionalità

1. Abilitazione ad operare
2. Competenza per operare
3. Governo del processo decisionale

RESPONSABILITÀ SITUAZIONALE



Livello di competenza  
Livello di responsabilità

# Prescrizione infermieristica

Infermiere esecutore

Infermiere prescrittore

- Pianifica
- Gestisce
- Attribuisce agli operatori di supporto
- Valuta l'intervento assistenziale

# Le informazioni



Le informazioni sono un altro metodo molto importante

attraverso cui l'organizzazione può aiutare i suoi operatori nella scelta, poiché **maggiore è la conoscenza**

di un problema o di un fine da perseguire, **maggiore sarà**

**la possibilità che la scelta fatta sia vicina a quella ottimale**

- L'informazione alla persona come **base del processo assistenziale e delle scelte che il**

## Cosa compete all'infermiere

<<Ogni professione sanitaria ha un ambito di informazione nei confronti della persona con contenuti propri>>

Rodriguez- Aprile



# Segreto professionale

- “Segreto” è una notizia , un fatto, un’informazione, che la persona assistita intende mantenere nascosta
- Pertanto solo la persona assistita che può stabilire cosa sia da tener nascosto e <<l’infermiere, di conseguenza , non ha la facoltà discrezionale di valutare autonomamente se una data notizia sia da considerare segreta>>

Rodriguez- Aprile

# Dovere /diritto conoscenza del progetto diagnostico terapeutico

- Integrazione dei processi messi in atto dal medico e dell'infermiere non solo dal punto di vista clinico organizzativo ma anche dal punto di vista comunicativo



Garantire uniformità di fondo dell'informazioni fornite

# Garantire un'assistenza aggiornata

L'assistenza basata su evidenza scientifica o prove di efficacia o evidence based nursing (EBN) si propone come filosofia e metodo:

- Introdurre nella pratica clinica elementi provenienti dalla ricerca al fine di modificare i comportamenti inutili e dannosi
- Ridurre la variabilità delle risposte dei professionisti
- Fornire uno stimolo all'autoapprendimento e alla formazione continua

- Valutazione della congruenza della prescrizione
- Accertamento delle condizioni della persona prima dell'effettuazione
- Conoscenza degli effetti, delle indicazioni, delle controindicazioni e delle eventuali complicanze della messa in atto della prescrizione
- Conoscenza di presidi, ausili e forme terapeutiche che contribuiscono alla corretta messa in atto
- Informazione alla persona circa le attività che verranno svolte
- Attuazione della procedura corretta
- Attribuzione di attività previste dalla procedura al personale di supporto
- Monitoraggio delle condizioni della persona durante l'effettuazione della procedura
- Valutazione delle condizioni della persona dopo l'effettuazione della procedura
- Registrazione e condivisione con colleghi e con chi ha effettuato la prescrizione degli effetti della stessa

# Perché documentare?

Tracciabile

Trasparente

Misurabile

Banca dati

# Garantire un'assistenza aggiornata

Pilastrini su cui basare le decisioni cliniche:

- Osservazioni derivati dalla pratica clinica
- Studio tradizionale della fisiopatologia
- Formazione sul campo
- L'analisi delle evidenze derivanti dalla ricerca

Hamer e Collison, 2002

- Lo scopo ultimo di tale pratica è quello di sostenere gli operatori nel processo decisionale, eliminando tutto ciò che è inefficace, inadeguato, troppo costoso e potenzialmente pericoloso

Hamer e Collison, 2002

# *Quale infermiere*



- senza applicazione di metodo scientifico e di ragionamento logico e critico, sostenuto dalla propria specificità disciplinare

Il ruolo infermieristico non può che essere

***SUBALTERNO***



# Ambito gestionale



- Facilitare l'accesso dell'immigrato ai servizi sanitari
- Utilizzare canali di comunicazione efficaci
- Standardizzazione dell'assistenza:
  - Clinical pathway
  - Linee guida
  - Protocolli
  - procedure

# Clinical o critical pathways



- Algoritmi formato flow chart per le decisioni che devono essere prese nell'assistenza di un determinato paziente in una data situazione clinico-assistenziale
  - 1) diacronicità assistenziale
  - 2) categorie di attività assistenziale
  - 3) criteri di risultato a breve, medio, lungo termine
  - 4) registrazione delle varianti al percorso clinico stesso

Team multiprofessionale



Focus su qualità e coordinamento delle cure

# Strumenti operativi



- Non in ultimo, l'assegnazione delle responsabilità e la definizione dei relativi standard: per la discrezionalità che caratterizza oggi l'organizzazione interna dei servizi, è necessario che in ognuno di questi venga definito *chi fa che cosa*, individuando la figura giusta per ciascuna prestazione assistenziale che deve essere assicurata nel servizio. Gli strumenti più indicati per questa attività sono la costruzione della *job description*, e la matrice delle responsabilità che dichiarino *chi è responsabile di che cosa e da* istruzioni operative che definiscano gli standard di intervento

# LA RICERCA



**“ L’INFERMIERE SI IMPEGNA A PARTECIPARE ALLE  
RICERCHE PER MIGLIORARE LE CONOSCENZE  
PROFESSIONALI E RISPETTARE LE REGOLE ETICHE  
DELLA RICERCA ”**

**CIOMS (CONSIGLIO DELLE ORGANIZZAZIONI  
INTERNAZIONALI DELLE SCIENZE MEDICHE GINEVRA  
1993) SI È PRONUNCIATO CON LE DIRETTIVE ETICHE PER  
LA RICERCA BIO-MEDICA CONDOTTA SU SOGGETTI  
UMANI**

# Garantire un'assistenza aggiornata

Responsabilità “individuale”

Interesse personale

Strategia di autoapprendimento



Responsabilità “collettiva”

Trasformazione della pratica

“Sulla scia delle scuole incentrate sulla razionalità è la teoria di Simon 2, che si concentra sull’analisi del comportamento della persona all’interno delle organizzazioni: gli individui per loro natura hanno una razionalità limitata, cioè non sono in grado di raggiungere l’ottimo perché le conoscenze e le informazioni che hanno a disposizione al momento di una determinata scelta sono sempre limitate e relative. Nel fare una scelta ogni individuo si rivolge ad un rapporto mezzi-fini, vale a dire cerca di usare quelli che sono gli strumenti più adeguati per raggiungere il suo obiettivo; la razionalità umana è limitata perché non sempre la catena mezzi-fini è completa, inoltre tanto più il fine è remoto tanto più debole diventa l’integrazione tra le varie azioni: per questo è più utile lavorare su fini più vicini. La mente umana può contenere solo una ristretta quantità di alternative, quindi la scelta dei mezzi può seguire sempre una stessa via, anche perché secondo Simon si è propensi a restare sempre sulle stesse scelte per il ricordo di successi precedenti, per convinzioni radicate. Esiste una catena infinita di mezzi-fini, ma l’uomo vede solo qualche anello di questa catena perché ha una razionalità limitata nelle decisioni. Di conseguenza la mente umana non è in grado di accumulare tutte le possibili concatenazioni di eventi che nascono da una decisione: dato che esistono questi limiti del comportamento umano, le organizzazioni nascono come correttivo di questi limiti proponendo una serie di meccanismi che possono sostenere o plasmare la scelta dell’individuo. Ogni singolo operatore all’interno dell’organizzazione di cui fa parte deve essere in grado di utilizzare autonomamente dei criteri di scelta confrontandosi con i mezzi più adatti da usare per raggiungere fini dati. La scelta, però, non potrà essere la scelta ottima, poiché la sua discrezionalità nella decisione è limitata dalle proprie conoscenze ed esperienze nello scegliere i mezzi adatti per raggiungere lo scopo”

## La libertà porta con sé la responsabilità

Libertà e responsabilità vanno di pari passo: sono due facce della

medesima moneta. Se desideri la libertà devi assumerti la responsabilità di qualunque cosa tu stia facendo.

Se non vuoi assumertela allora perdi anche la tua libertà.

Tutti

desiderano essere liberi e nessuno vuole sentirsi responsabile. Si

continua a scaricare la propria responsabilità, e riversandola sulle

spalle degli altri si

liberi.

Sii responsabile!!



e tutte le possibilità di

Bhagwan Shree Rajneesh (Osho)

**Parole chiave: Riprogettazione dell'assistenza •  
Assistenza di base • Assistenza infermieristica**



- Il modello concettuale è indispensabile per assumere uno stesso modello di infermiere di riferimento: sebbene la questione sia ancora molto nuova nelle nostre realtà, pensandoci bene la mancata definizione di un modello unico di infermiere di riferimento produce la frammentazione e l'andamento per routine che ancora è tipico di molte realtà italiane. Gli infermieri sono in grado di lavorare assieme senza essersi chiariti su quale sia il modello di riferimento che stanno attuando, di
- conseguenza con scarti sullo specifico infermieristico da realizzare qui ed ora: pensiamo per un attimo a che cosa accadrebbe se 3 infermieri seguissero il modello di D. Orem, altri 2 quello di V. Henderson, e così via. In pratica assisteremmo ad una assistenza schizofrenica, come se, per dire, uno psicoterapeuta usasse la teoria freudiana alternativamente a quella junghiana. Purtroppo la cultura infermieristica è ancora troppo nuova per portare i suoi effetti diffusamente, ma la riflessione su questo aspetto si rende oggi improcrastinabile.
- La scelta di un modello organizzativo di riferimento per l'assistenza: classicamente il modello funzionale (o per compiti) ha pervaso fino ad oggi le unità operative ospedaliere, senza che visioni più moderne e legislazione corrente lo incrinassero.