

**Convegno Regionale A.G.E.
Modena, 6 giugno 2008**

**Strutture Intermedie, Domicilio e cure primarie nell'assistenza
all'anziano. Quale futuro per la qualità?**

Specificità del nursing nel piano assistenziale integrato

Dr.ssa Tiziana Lavalle

Direttore Assistenziale AUSL Piacenza

Obiettivi “HEALTH 21” del WHO del 1998

- Obiettivo XV *“L’integrazione del settore sanitario”*:
 - “In molti stati membri è necessaria una maggiore integrazione del settore sanitario con un’attenzione particolare all’assistenza sanitaria di base.
 - Il documento introduce l’infermiera di famiglia, adeguatamente formata, in grado di fornire consigli sugli stili di vita, sostegno alla famiglia e servizi di assistenza domiciliare per un numero limitato di famiglie.
 - *Servizi più specializzati* dovrebbero essere offerti da un *medico di famiglia che, insieme all’infermiera,* dovrebbe interagire con le strutture della comunità locale, sui problemi di salute”.
-

Lo sviluppo del metodo

- Il modello di intervento infermieristico che si mette in atto, in particolare nell'assistenza comunitaria, è quello detto “*patient-centered intervention*”^[1].
 - Il ciclo metodologico ad esso connesso (lo storico processo di nursing) si articola partendo dalla definizione del “prendersi cura” come procedura flessibile ed orientata all'altro (il paziente)
 - Il prendersi cura è incardinato sulle proprie competenze e sul proprio agire
 - Cerca di mediare fra *management* organizzativo e presa in carico del malato, agisce per progettazione, che non è completamente estranea alla ricerca
 - ^[1] D.R. Lauver ed altri, *Patient-centered Interventions in Research Nursing Health*, 25, 4, 2002.
-

La relazione e la comunicazione

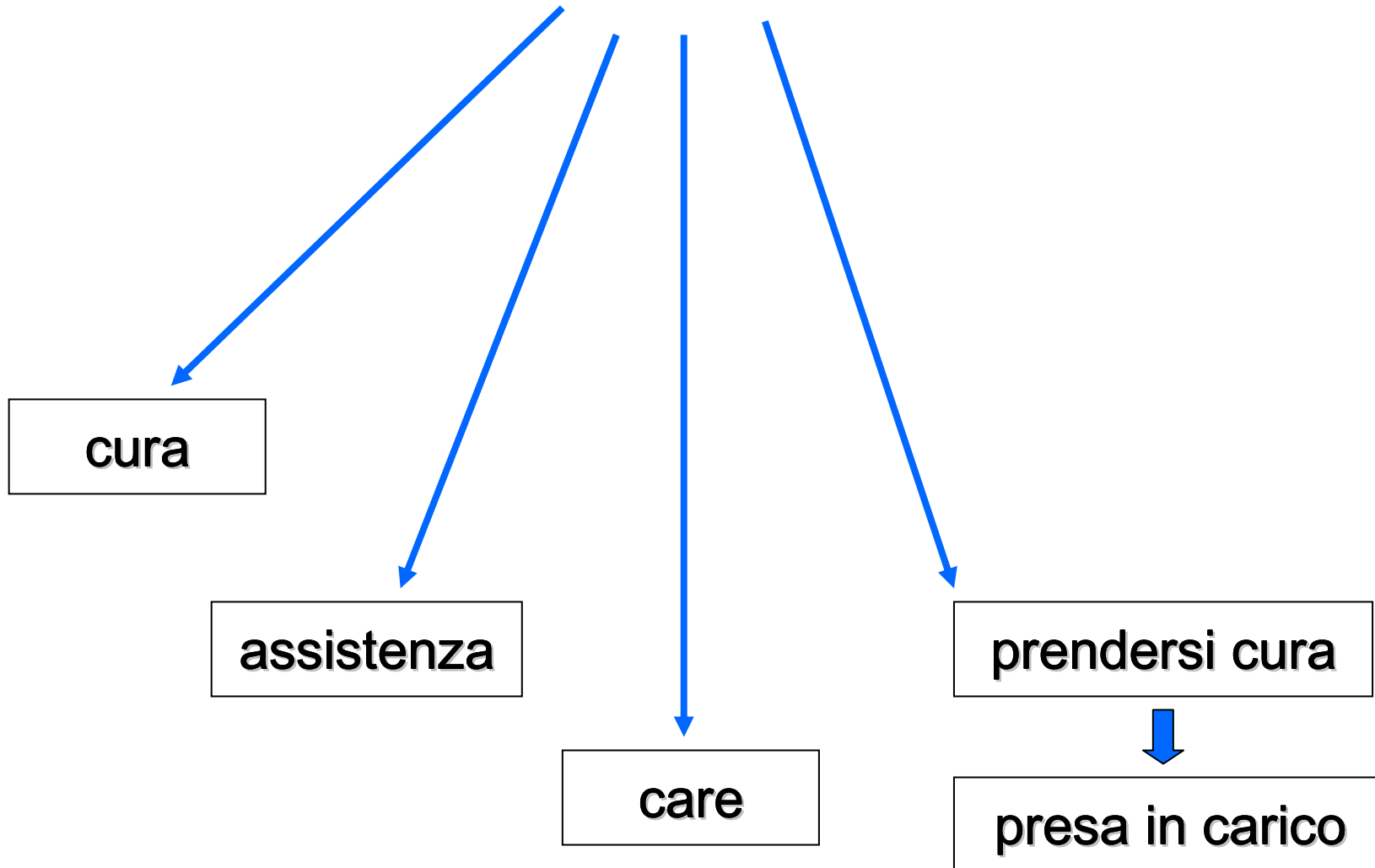
- La relazione fra infermiere e paziente/famiglia rappresenta una micro-relazione che concorre a formare e sostenere tutto l'edificio del lavoro infermieristico:
- la relazione con il cittadino (malato o sano) plasma l'identità professionale dell'infermiere.
- Anche il *counseling* può solo essere incentrato sulla capacità di relazione dell'infermiere^[1], con la consapevolezza che, questa relazione, è asimmetrica - per le differenze di conoscenze - e neutrale affettivamente.

■ ^[1] M. Poskiparta ed altri, *From Nurse-centered Health Counselling to Empowermental Health Counselling in Patient Educ. Couns.*, XLV, 1, 2001.

Il rispetto etico e la deontologia

- L'etica professionale dell'infermiere trova nella revisione del Codice deontologico [1] la rappresentazione delle sue basi.
 - Il focus principale è l'attenzione prestata all'altro [2] durante le prassi assistenziali e si potrebbe sostenere che la rete di valori che indirizza l'atto infermieristico è costituita e praticata a partire dal cittadino, da un lato, e dalla collettività professionale (Codice).
 - Si potrebbe quasi sostenere che l'etica infermieristica si esplicita basandosi sul "paradigma del tu" [3], sia esso individuale o sociale
-
- [1] L'ultimo Codice deontologico della professione di infermiere è del febbraio 1999, nel 2007 è stato predisposto il nuovo Codice, in via di approvazione.
 - [2] Cfr. C. Cipolla, *Principi di sociologia*, Angeli, Milano 2002 (2^a ed.). L'altro (con l'io ed il noi e le loro relazioni) è la sociologia.
 - [3] È la tesi di fondo contenuta in Cipolla C(1997) *Epistemologia della tolleranza*, 5 voll. Franco Angeli, Milano. Gli infermieri appaiono intrinsecamente e praticamente tolleranti.

Il concetto di "PRENDERSI CURA"



Gadamer 1994, Donghi 1995,

Il “prendersi cura” infermieristico

- La competenza distintiva (core business professionale) dell’infermiere è la tutela della sicurezza e della continuità assistenziale^[1] del paziente, intendendo con ciò che l’infermiere deve saper rilevare i problemi e stabilire quale professionalità coinvolgere, indirizzarsi o indirizzare l’assistito affinché questi problemi siano adeguatamente affrontati e verificare l’efficacia degli interventi.

^[1] L’idea è tratta dal modello di sicurezza di Dyanne D. Affonso, già Preside della Facoltà di Nursing di Toronto, CA, ora nel Health Bureau, Haway, USA.

Il “prendersi cura” infermieristico

A questo tipo di capacità diagnostica ci si riferisce:

- saper identificare comportamenti a rischio
 - riconoscere segni e sintomi
 - intervenire per attuare adeguate misure di trattamento o prevenzione delle complicanze e dei rischi
 - individuare i presidi più idonei da utilizzare.
 - indirizzare gli assistiti in accordo con il medico di medicina generale
-

Il “prendersi cura” infermieristico

- Il NC (*nursing care*) è un servizio alla persona.
- E' responsabilità che muove da principi professionali al solo scopo del bene del malato (principio di beneficiabilità).
- E' un patto fiduciario fra infermiere e cittadino, una condivisione dei bisogni, uno “starti, vicino quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano”[\[1\]](#).

■ [\[1\]](#) Questa frase è ripresa dal “patto infermiere-cittadino” del 12 maggio 1996, anteposto al Codice deontologico.

Il Nursing Care

- *Contenuto dell'atto o degli atti infermieristici: non si limitano al semplice accudimento, ma contemplanò delle prassi di natura preventiva di tipo educativo, in partnership con la persona.*
 - *L'approccio integrato alla persona pone in essere attenzioni che fanno considerare l'essere nella sua globalità possibile*
 - *Si tratta di un approccio che considera il malato e la sua malattia, la persona e il suo vissuto.*
 - *Tale modello si sviluppa per autonomie relative al fine di ricomporre la complessiva identità del cittadino e permettere una positiva integrazione tra i diversi attori della cura e dell'assistenza.*
-

Il Nursing Care

Metodologie:

- SBN (*Science Based Nursing*) basata sui dati e associato all'EBN
 - OBN (*Opinion Based Nursing*) basata sui dati e sul consulto incrociato del *team* decisionale rispetto a situazioni mirate,
 - NBN (*Narrative Based Nursing*), che valorizza anche conoscenze empiriche non quantificabili e re-introduce il paziente nella sua cura.
-

Il Nursing Care

Approccio *human-centered care*:

- prevedere una implicazione non occasionale nel processo dei mondi vitali della persona e delle sue reti primarie nelle loro presenze non sempre a base familiare.
- Questa logica si accompagna ad un'attenzione particolare dedicata alla *comunicazione* ed all'*informazione* fra persona ed infermiere.
- Il *nursing*, è sempre più perno organizzativo e sempre più snodo relazionale con l'altro[1].

■ [1] In merito vedi C. Cipolla, G. Giarelli, L. Altieri, (a cura di), *Valutare la qualità in sanità*, Angeli, Milano 2002.

Il Nursing Care

Il *ciclo metodologico* :

- prospettiva di coordinamento sequenziale e di integrazione collaterale fra sociale e sanitario.
- Prima e decisiva fase di *accoglienza*,
- Seconda fase di *conoscenza terapeutica ed umana*,
- Terza fase *progettuale*,
- Quarta fase di *permanenza* corrente e di relazionalità quotidiana,
- Quinta fase di *dimissione-separazione*,
- Sesta fase che possiamo definire di *continuità-revisione*[\[1\]](#).

■

[\[1\]](#) Tre sono le componenti non eliminabili di una saggezza operativa (valida anche per l'infermiere) che muove da *scansamento* a monte (accoglienza, conoscenza), vive con *equilibrio* il durante (progetto, permanenza) e *recupera* eventuali inadempienze dopo (dimissione, continuità, revisione).

L'assistenza

- Accoglienza e Accertamento
 - Pianificazione,
 - Attuazione
 - Valutazione degli interventi infermieristici rivolti al singolo, alla famiglia, alla collettività.
 - Sono parimenti comprese le dimensioni relazionali, tecniche ed etiche che caratterizzano l'azione professionale
-

Accoglienza e Accertamento

- è un momento cruciale in cui vengono espresse le domande di assistenza che l'infermiere traduce in bisogni
 - è una fase introduttiva e preliminare alla relazione assistenziale
 - vuole dire dare spazio al riconoscimento del problema e creare una relazione rassicurante, in cui la persona si sente accolta come tale
-

Strumenti

- Anamnesi infermieristica sulle attività di vita quotidiana

 - Scale di valutazione
 - Braden (Rischio di Lesioni Cutanee)
 - Conley/Tinetti/Get Up and Go (Rischio di Caduta)
 - Barthel (Dipendenza)
 - VAS (Dolore percepito)
 - IADL (Dipendenza)
 - Score “Nursing Geriatrico”
 - Mini Nutritional Assessment/Resident Assessment Instrument – Nutrition Score (stato nutrizionale)
-

Strumenti

- Peso – altezza – BMI – BEE anamnesi alimentare e dei gusti/abitudini
 - PA – FC – FR e caratteri del polso e del respiro
 - BEDFORD ALZHEIMER NURSING SEVERITY SCALE (BANSS)
 - SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (SPMSQ)
 - Indice di complessità assistenziale
 - Scale/Score Specialistici
-

Pianificazione

- è il momento in cui inizia ad approfondirsi la relazione assistenziale e si crea la conoscenza terapeutica ed umana con il paziente ed i caregivers
- rilevati i bisogni ed i problemi assistenziali si costruisce il piano di assistenza, integrandolo con il piano diagnostico e terapeutico, tenendo in considerazione il coinvolgimento necessario dell'assistito e dei suoi familiari
- momento in cui va definito il tempo della comunicazione educativa, la valutazione di quando e come coinvolgere il paziente secondo i **suoi** livelli di comprensione o la **sua** disponibilità ad apprendere ~~comportamenti e tecniche che lo riguardano~~

Permanenza o Co-gestione del paziente

- **è la durata della relazione assistenziale, la realizzazione della presa in carico, la realizzazione di una *partnership* tra infermiere ed assistito che tiene in considerazione i suoi mondi vitali e tra infermiere e MMG**
 - **fase in cui si realizza una co-gestione del paziente, perché la relazione assistenziale su base empatica prevede che le decisioni siano prese insieme, e che le azioni siano prodotte insieme al fine di produrre il necessario bilanciamento tra componenti tecnico-scientifiche e relazione umana**
 - **fase in cui si costruisce il con-senso cercando, attraverso le azioni assistenziali, di ricostruire senso e significato nell'esperienza soggettiva di malattia**
-

Congedo o continuità

- ❖ Fase in cui un'assistenza si chiude, per un esito positivo, raggiunta autonomia, o per un lutto.

Delicata, complessa, in cui l'infermiere è impegnato nell'accompagnamento alla morte, e vicino nella sofferenza

- ❖ Oppure continuità.

L'essenza dell'assistenza domiciliare è la continuità

L'educazione terapeutica finalizzata all'autogestione della malattia, del trattamento e della riabilitazione

- L'educazione terapeutica è un processo educativo che si propone di aiutare la persona malata (con la famiglia e nell'ambiente sociale circostante) ad acquisire e mantenere la capacità di gestire in modo ottimale la propria vita convivendo con la malattia.
 - E' un processo che, transitando attraverso i vissuti della persona, prevede un insieme di attività organizzate di sensibilizzazione, di informazione, di apprendimento, di aiuto psicologico e sociale in relazione alla malattia, ai trattamenti, alla prevenzione delle complicanze, agli stati d'animo.
-

L'infermiere di assistenza domiciliare

è un professionista impegnato su tanti versanti:

- quello dell'assistenza erogata direttamente
 - quello dell'organizzazione e pianificazione dei percorsi assistenziali
 - quello della complessità relazionale
 - quello dell'educazione alla salute e alla convivenza con la malattia cronica
 - quello dell'ascolto e della negoziazione con il paziente
 - quello della collaborazione e dell'anticipazione verso il MMG
-

La presa in carico

esprime il **carattere negoziale** dell'assistenza infermieristica

L'assistenza domiciliare **ambiente privilegiato**



in cui il legame tra il pensiero e l'azione dell'infermiere
si basa sul con-senso, che si esprime anche nei
rapporti con gli altri componenti dell'equipe
multidisciplinare

Le contraddizioni/le soluzioni

- bilanciare gli obiettivi clinici con la realtà del paziente, **negoziare il trattamento**
 - l'asimmetria relazionale verso il paziente e tra componenti dell'equipe – **partecipazione alla cura/care e alle decisioni**
 - la presa in carico congiunta, **non contemporanea**
 - la relazione di cura complessa – **condividere i principi e gli strumenti**
 - l'assenza di risposte immediate, **principio di realtà e soluzioni creative**
-

Conclusioni

Il Nursing nel PAI integrato esprime
con_senso, con_divisione, con_certazione

Il Nursing nella Pianificazione Assistenziale integrata sostiene

- no rigida gerarchia, ma lavoro di èquipe
- organizzazione creativa, orientata alla soluzione dei problemi, ai progetti, alla personalizzazione, che facilita la diffusione di informazioni
- organizzazione dinamica in cui tutti i suoi appartenenti collaborano attivamente per la riuscita dei progetti in essere.
- organizzazione in cui c'è flessibilità e capacità di assumere decisioni e responsabilità

Quando gli infermieri adottano modelli organizzativi centrati sull'utente

Gli infermieri

- sviluppano autonomia, responsabilità;
- sono più soddisfatti e si aggiornano di più;
- hanno migliori risultati sul paziente
- rimangono più a lungo nello stesso contesto.

(Aiken 2002; Janssen 1999)

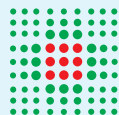
Prerequisiti del prendersi cura

È un avanzamento culturale dei modelli di assistenza infermieristica

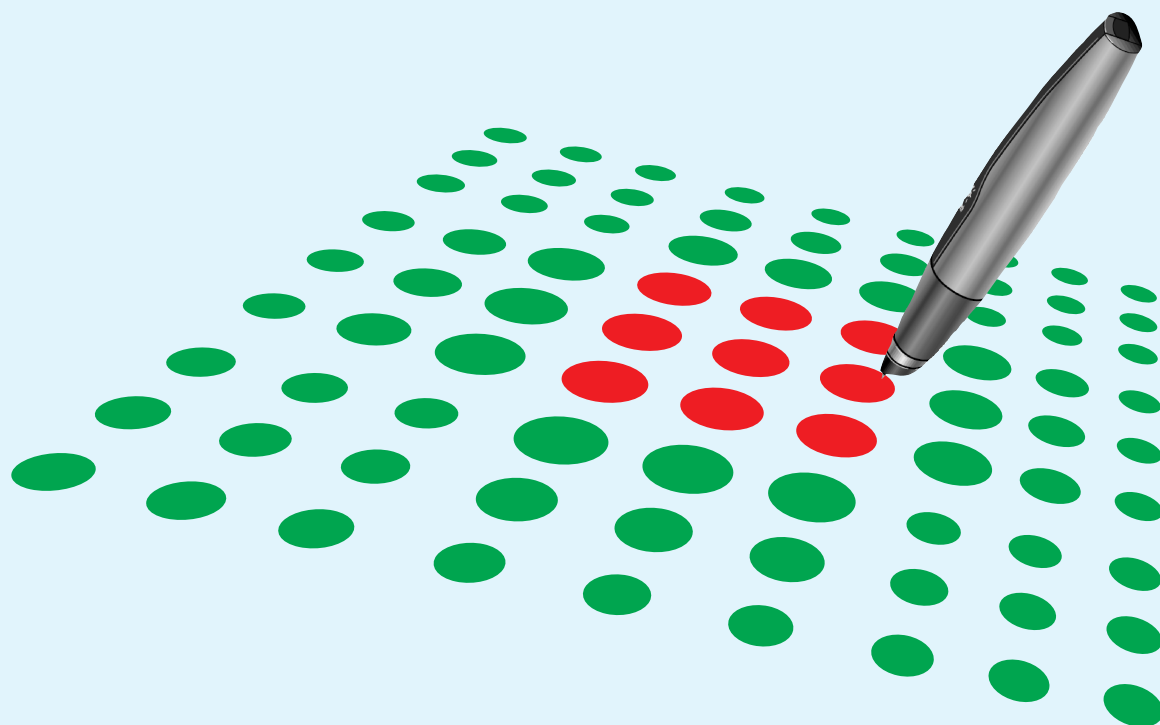
per esprimersi ha bisogno di :

- Definizione di percorsi assistenziali condivisi che lasciano spazio alla personalizzazione
- Formazione per competenze di assessment, gestione dei problemi specifici , educative , di coordinamento del percorso assistenziale
- *Competenza infermieristica espressiva di uno sguardo proprio e utile* e non dimostrativa

(Aiken 2002; Janssen 1999; 2005)



Assistenza domiciliare integrata



Nome assistito

Cognome assistito

ID contratto

entrata

barrare con la penna digitale all'inizio della visita

uscita

barrare con la penna digitale alla fine della visita



CARTELLA ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Distretto URBANO

n°

anno 2006

Cognome Nome

Sesso M F n° tessera sanitaria

Data di attivazione

Data di dimissione

ADI SID

Medico curante Dr

.....

Dirigente Medico

0523.31.76.29 – 0523.31.76.26 – 0523.31.76.27

Coordinatore équipe infermieristica **AFD F.CHIAPPINI**

..... 0523.31.76.31

Infermiere responsabile del caso

.....

Coordinatore Fisioterapisti domiciliari

.....

Servizio protesica **0523/984507**

Guardia Medica

Pronto intervento **118**

URP **0523/ 302948**.....

Familiare referente / grado di parentela Sig.

.....

.....

vive con

vive solo



Empty area for digital completion of the patient's objective examination notes.

Compilare una nuova sezione ad ogni accesso

PRESTAZIONI ESEGUITE DURANTE L'ACCESSO

(per cancellare una selezione annerire la casella)

I Med 1°	I Med 3°	I Med 4°	Lav. vag.	Med. Stomia cambio sacca	Flebo con accesso	CI+ig	Gestione Port-CATH	Stick glic.	In. Sottocute	Ril. press. art.	Pul. c. orale
I Med 2°	Da 1 a 4 Med 3°	Più 2 Med 4°	Lav. vesc.	Med. Canula tracheale	Flebo senza accesso	Svuot+ig	Prel. compl.	Asp. secr.	Gest. cat. ven.	Ins. mob. max 3	No prest. Fuori città
Da 1 a 4 Med 1°-2°	Più di 4 Med 1°-2°-3°	Catetere vescicale	Sondino naso-gastrico	Gest. Canula tracheale	CI+svuo+ig	Stick Glik	Prel. sempl.	In. Intramusc.	Car. pom. inf.	Ins. igiene	Valutazione in itinere

NOTE

DATA

NOME _____ FIRMA _____

PRESTAZIONI ESEGUITE DURANTE L'ACCESSO

(per cancellare una selezione annerire la casella)

I Med 1°	I Med 3°	I Med 4°	Lav. vag.	Med. Stomia cambio sacca	Flebo con accesso	CI+ig	Gestione Port-CATH	Stick glic.	In. Sottocute	Ril. press. art.	Pul. c. orale
I Med 2°	Da 1 a 4 Med 3°	Più 2 Med 4°	Lav. vesc.	Med. Canula tracheale	Flebo senza accesso	Svuot+ig	Prel. compl.	Asp. secr.	Gest. cat. ven.	Ins. mob. max 3	No prest. Fuori città
Da 1 a 4 Med 1°-2°	Più di 4 Med 1°-2°-3°	Catetere vescicale	Sondino naso-gastrico	Gest. Canula tracheale	CI+svuo+ig	Stick Glik	Prel. sempl.	In. Intramusc.	Car. pom. inf.	Ins. igiene	Valutazione in itinere

NOTE

DATA

NOME _____ FIRMA _____

PRESTAZIONI ESEGUITE

(per cancellare una selezione annerire la casella)

I Med 1°	I Med 3°	I Med 4°	Lav. vag.	Med. Stomia cambio sacca	Flebo con accesso	CI+ig	Gestione Port-CATH	Stick glic.	In. Sottocute	Ril. press. art.	Pul. c. orale
I Med 2°	Da 1 a 4 Med 3°	Più 2 Med 4°	Lav. vesc.	Med. Canula tracheale	Flebo senza accesso	Svuot+ig	Prel. compl.	Asp. secr.	Gest. cat. ven.	Ins. mob. max 3	No prest. Fuori città
Da 1 a 4 Med 1°-2°	Più di 4 Med 1°-2°-3°	Catetere vescicale	Sondino naso-gastrico	Gest. Canula tracheale	CI+svuo+ig	Stick Glik	Prel. sempl.	In. Intramusc.	Car. pom. inf.	Ins. igiene	Valutazione in itinere

NOTE

DATA

NOME _____ FIRMA _____

RILEVAZIONE DEL DOLORE



1° RILEVAZIONE

DATA _____

NESSUNO
 LIEVE 1-2
 MODERATO 3-4
 FORTE 5-6
 FORTISSIMO 7-8
 INSOPPORTABILE 9-10

VALUTAZIONE BRADEN = SCORE

VALUTAZIONE BARTEL = SCORE

NOTE

NOME _____ **FIRMA** _____

POWERED BY **WIRTEC** DIGITALink®

2° RILEVAZIONE

DATA

SI
 NO

VALUTAZIONE BRADEN = SCORE

VALUTAZIONE BARTEL = SCORE

NOTE

NOME _____ **FIRMA** _____

DIGITAL PAPER ENABLING **Amarte** FUNCTIONALITY

3° RILEVAZIONE

DATA _____

NESSUNO
 LIEVE 1-2
 MODERATO 3-4
 FORTE 5-6
 FORTISSIMO 7-8
 INSOPPORTABILE 9-10

VALUTAZIONE BRADEN = SCORE

VALUTAZIONE BARTEL = SCORE

NOTE

NOME _____ **FIRMA** _____