

FILOGENESI

-1-

CONCETTO DI ASSISTENZA

ad sistere = stare vicino, stare di fronte

l'**infermiere** è colui che eroga assistenza infermieristica.

Infermieristica: è una combinazione di arte e scienza, si applica nelle relazioni interpersonali, sviluppata per promuovere il benessere, per per l'assistenza di individui o comunità.

L'assistenza infermieristica consiste nell'assumere come problema centrale, non la malattia, ma le sue conseguenze di tipo fisiologico, psicologico e sociale sull'autonomia della persona (prospettiva olistica).

448 mila infermieri in Italia (6,3 infermieri x 1000 ab), la popolazione italiana è una delle più vecchie al mondo, quasi il 20% supera i 65 anni, e con pochi infermieri il sistema sanitario italiano potrebbe non riuscire a far fronte a ciò, c'è una carenza di infermieri a causa dello squilibrio tra i pensionamenti (17 mila) e le nuove assunzioni (8 mila).

LA CURA: può essere erogata da un professionista ma anche da una persona normale dove non viene richiesta nessuna forma di sapere strutturato.

È una pratica che si realizza attraverso azioni competenti e avendo disponibilità a occuparsi intenzionalmente della persona assistita.

Può essere tradotta come:

- farsi carico, gestire (dal latino)
- terapia, trattamento (in senso medico)
- sentimento di preoccupazione nei confronti di una persona bisognosa (prendersi cura)

in passato il concetto di cura era visto come trattamento e guarigione, quindi di campo medico, le infermiere usavano invece il concetto di "assistenza".

L'attività assistenziale esiste in tre categorie:

- naturale: supporto alla natura evolutiva della specie
- sociale: supporto erogato dal care giver, chi eroga assistenza nell'interesse dell'assistito senza avere un ruolo professionale
- professionale: attività assistenziale erogata da soggetti che ricevono in cambio un compenso

STORIA DELL'ASSISTENZA

l'assistenza interviene nei momenti in cui c'è necessità di un intervento esterno per compiere atti come mangiare, lavarsi, vestirsi ecc...

Nasce e si sviluppa in primo luogo legata al ciclo femminile (gravidanza, parto, accudimento), e per questo agito in modo esclusivo dalle donne, ma si estendono poi ai vari casi di bisogno di cura, connessi ai diversi stati di vita (malattia, nascita, morte).

Donna: è chiamata ad assistere in quanto possiede i riti di passaggio (madre, educatrice fondamentale) nell'acquisizione delle risposte ai bisogni di vita, l'uomo è guerriero e cacciatore, quindi acquisisce l'esercizio della medicina intesa come guarigione del male.

Fin dalle origini la cura era affidato agli uomini, l'assistenza alle donne.

Il **cristianesimo** ha avuto un ruolo fondamentale in quanto nel nuovo testamento si parlava di uguaglianza di sessi, si apre così l'assistenza anche di competenza degli uomini in quanto il cristiano deve assistere l'altro non in quanto uomo o donna ma in quanto seguace di cristo.

prima c'erano i **diaconi e diaconesse** che erogavano assistenza ai poveri, con il consolidamento della chiesa abbiamo gli **xenodochi** ovvero una struttura di appoggio ai villaggi (primi esempi di ospedali).

Con l'avvento del monachesimo abbiamo gli **infirmarius** che si prendevano cura dei monaci malati.

Concilio di Trento= nuove disposizioni per le strutture di assistenza, diminuzione delle risorse umane disponibili per l'assistenza agli infermieri, ne consegue una **laicizzazione** dell'assistenza negli ospedali → degrado dell'assistenza.

RIFORMATORI DELL'ASSISTENZA

S. Giovanni di Dio: ordine dei Fatebenefratelli

S. Camillo de Lellis: ordine dei ministri degli infermieri (Camilliani)

S. Vincenzo de Paoli: confraternita della Carità

le strutture ospedaliere reclutavano personale laico, di bassa estrazione sociale e che non aveva nessuna preparazione.

FLORENCE NIGHTINGALE

A 17 anni manifesta il suo desiderio di dedicarsi all'assistenza, a 30 anni frequenta la scuola per diaconesse.

1854: Guerra di Crimea

1860: scuola per infermiere all'ospedale st. Thomas di Londra (corso annuale, scuola convitto, autonoma, e le allieve dipendono dalle infermiere e non dai medici).

F. delineò i primi fondamenti teorici dell'infermieristica, ci concentrò sul concetto di **ambiente** in quanto il pz deve essere posto nelle condizioni ambientali ottimali per favorire il processo riparatorio (aria fresca, luce, acqua pulita, calore, pulizia, ecc...) → infermiere+ natura+ malato= guarigione

Definì la **salute** come lo stare bene per poter sfruttare tutte le forze al massimo grado.

La formazione infermieristica veniva visto come una trasmissione semplificata del sapere medico, il che ha rallentato il processo di autonomia della professione infermieristica.

FORMAZIONE INFERMIERISTICA IN ITALIA

1896: scuola per infermiere della "croce azzurra" a Napoli

1901: seconda scuola convitto biennale a Roma

1832/25: scuole convitto per infermiere, richiesta licenza media, durata biennale

124/71: accesso anche agli uomini, no scuole convitto, richiesto titolo di studio da 3 a 5 anni post elementare, no limite massimo di età

795/73: durata triennale (4600 ore)

225/74: MANSIONARIO (primo era del 1940)

867/75: accesso al corso a 16 anni, requisiti del corpo insegnante

341/90: diploma universitario in scienze infermieristiche

502/92: innova il SSN

509/99: sistema universitario su due livelli 3+2

ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE

RUOLO: modello di comportamento che un individuo ha rispetto agli altri membri di un gruppo, comportamento che ci si aspetta da una persona che occupa una determinata posizione sociale.

FUNZIONE: la scomposizione de ruolo porta alla definizione delle funzioni che lo compongono

l'infermiere è un professionista **autonomo** e **responsabile**, opera in collaborazione con gli altri professionisti nell'interesse del paziente.

Secondo l'**OMS** il ruolo di un professionista è costituito dall'insieme delle proprie funzioni, queste funzioni sono: assistenziale, organizzativa, formativa, ricerca, consulenza.

ASSOCIAZIONI

- **governative:** istituite e regolate da leggi dello stato (es. ordini e collegi professionali), lo stato affida ad essere la tutela per il corretto svolgimento delle professioni che rappresentano. Hanno una finalità di tipo **pubblico**.
1049/54: si istituisce in ogni provincia i collegi **IPASVI** (infermieri professionali-assistenti sanitari- vigilatrici d'infanzia).
- **non governative:** costituite per volontà del singolo individuo, non hanno carattere ne politico ne sindacale, sono a fini culturali, morali e professionali per il miglioramento della professione

SIGNIFICATO DI PROFESSIONE

attività intellettuale o manuale esercitata in modo continuativo e a scopo di guadagno, occupazione di ordine superiore, di lungo apprendimento e di difficile esercizio (diverso dal MESTIERE, attività esercitata abitualmente, per ricavarne il necessario guadagno).

Le **professioni intellettuali** sono attività il cui esercizio richiede una formazione culturale, scientifica e tecnica, si caratterizzano per l'autonomia delle scelte decisionali, e per la diretta responsabilità sul proprio operato.

Le caratteristiche sono: la natura intellettuale, è regolamentata con leggi, e le attività sono riservate/esclusive.

La **professionalità** è la capacità personale di esercitare una funzione

complessa con competenze generali, responsabilità autonoma e disponibilità all'aggiornamento.

E. Greenwood: le professioni sono orientate di servizio a un'altra persona o comunità, rispondono quindi a specifiche necessità (funzione sociale). Normalmente le persone rispondono in modo autonomo alle proprie necessità, nel momento in cui però la persona ha bisogno dell'intervento di un professionista per queste necessità, parliamo di "**bisogno di competenza**".

Secondo Greenwood le professioni hanno degli attributi comuni:

- **corpo sistematico di teoria:** insieme delle conoscenze riguardanti il campo di attività, da ciò ne consegue l'importanza della preparazione intellettuale e pratica, dell'educazione formale in sede accademica, frequentare le loro associazioni e creare un ambiente stimolante
- **autorità professionale:** credito che un professionista acquisisce in un determinato campo di attività, il cliente deve affidarsi al professionista per le scelte specifiche
- **sanzione della comunità:** riconoscimento dell'unità sociale della professione, che rende possibile la legittimazione istituzionale, che comporta a poteri e privilegi
- **codice etico:** che permette di non abusare dei suoi poteri, il codice etico rafforza la fiducia della comunità. Elementi fondamentali sono: l'universalismo e il disinteresse (mancanza di condizionamento personale, mettendo in secondo piano l'interesse e il vantaggio personale)
- **cultura professionale:** diffondere il patrimonio di conoscenze, utili alla ricerca.

PROCESSO DI PROFESSIONALIZZAZIONE

individuazione di un corpo di conoscenze → nascita di scuole professionali → nascita di associazioni professionali → riconoscimento da parte dello stato → definizione di un codice deontologico.

In passato l'attività infermieristica era vista come una "vocazione", il passaggio al concetto di "professionalità" è stato lungo, ed è cominciato da Florence Nightingale attraverso l'emancipazione della professione dalla matrice religiosa, individuazione di un corpo di teoria, e miglioramento dell'immagine sociale

CODICE DEONTOLOGICO

è un documento costituito da un insieme di **norme** sotto forma di direttive a cui ogni professionista deve attenersi nell'esercizio della propria attività.

Queste **norme** sono di tipo: **giuridico** poiché sono create per concorrere all'organizzazione di un gruppo, e la sua osservanza è obbligatoria, e **morale** ovvero i principi e i valori che ispirano ogni azione umana.

ETICA: l'etica professionale (deontologia) è la riflessione che scaturisce da esigenze etiche specifiche. I suoi principi sono:

- **beneficenza:** l'infermiere si adopera nell'interesse dell'assistito, e per evitare situazioni pericolose per se e per gli altri

- **autonomia:** l'infermiere crea i presupposti affinché l'assistito possa prendere decisioni in modo autonomo
- **giustizia:** l'infermiere tratta ogni assistito nel rispetto della propria dignità, e organizza le risorse secondo il concetto di equità
- **integrità morale**

VALORE: insieme delle qualità positive per le quali una persona è degna di stima, credenze sulla quale si fondano le decisioni più importanti circa il bene e il male.

-2-

ASPETTI EPISTEMOLOGICI DELLA DISCIPLINA INFERMIERISTICA

è quel campo che ha come oggetto di studio l'uomo e i suoi bisogni di assistenza infermieristica e che riconosce come scopo pratico la loro soddisfazione attraverso il processo di assistenza.

J.J. Schwab: ogni disciplina ha

- **struttura concettuale:** insieme dei concetti e delle teorie che formano la base di conoscenze
- **struttura sintattica:** procedure di indagine, modalità di lavoro tecniche, protocolli, standard
- **metodo:** modalità scientifica attraverso cui le conoscenze teoriche vengono applicate alla realtà
- **linguaggio specifico:** esclude i termini generici e ambigui, un linguaggio specifico ci permette di uniformare il linguaggio all'interno della professione e con le altre professioni dell'ambito sanitario

STRUTTURA CONCETTUALE

TEORIE E MODELLI: rispondono alla domanda "che cosa è l'assistenza infermieristica?"

TEORIA= fornisce un'idea sistematica dei fenomeni e ha lo scopo di descrivere e prevedere i fenomeni stessi. Una teoria è un insieme di:

- **concetti:** rappresentazione simboliche degli eventi che compongono i fenomeni, parole che descrivono immagini mentali dei fenomeni. I concetti dell'infermieristica sono 4: uomo, salute/malattia, ambiente e cultura
- **proposizioni:** affermazioni che spiegano le relazioni tra i concetti
- **modelli:** rappresentazione artificiale di una situazione reale. Orienta la pratica, facilita la comunicazione perché usa il linguaggio tecnico e fornisce un approccio sistematico

TEORIE INFERMIERISTICHE

HENDERSON "TEORIA DEL BISOGNO"

la funzione dell'infermiere è assistere gli individui, sani o malati, nel compimento di quelle attività che si dovrebbero compiere senza aiuto

HOREM "TEORIA DEL DEFICIT DI CURA DI SE"

- **teoria della cura di sé:** comportamento che l'individuo assume nei confronti di se stesso, i requisiti necessari alla cura di sé sono universali (comuni a tutti gli esseri umani es. acqua, cibo ecc), evolutivi (associati ai processi dello sviluppo umano es. nascita, infanzia, adolescenza..), fattori di deviazione della salute (associati alla malattia che colpisce l'uomo e ne diminuisce le capacità di agire)
- **teoria del deficit della cura di sé:** il deficit nella cura di sé si riferisce al rapporto tra capacità di self care e richieste di cura
- **teoria dei sistemi di assistenza infermieristica:** si basa sul rapporto infermiere-assistito, e può essere compensativo (porta a termine l'autoassistenza per conto del paziente), parzialmente compensativo (il pz esegue alcune azioni di autoassistenza), educativo di supporto (esercizio per lo sviluppo delle azioni per la propria cura)

CARPENITO "MODELLO BIFOCAL"

diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi

GORDON "MODELLI FUNZIONALI DELLA SALUTE"

si usa per mettere in evidenza i modelli funzionali (punti di forza dell'assistito) e quelli disfunzionali (diagnosi infermieristiche)

IL METODO

il metodo scientifico è l'insieme delle modalità operative che consentono di studiare un fenomeno per ottenere una specifica conoscenza.

Il **processo di assistenza** è da ricercarsi nei metodi di risoluzione dei problemi (**problem solving**), le tipologie principali sono: spontanea, per tentativi ed errori, per intuizione, scientifico di risoluzione dei problemi.

PROCESSO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

si attua entro i confini giuridici previsti, si fonda sulla conoscenza, è pianificato, è centrato sul paziente, è volto a obiettivi precisi, è dinamico.

Valutazione/accertamento: raccolta dei dati allo scopo di individuare i modelli disfunzionali sulla base delle quali pianificare l'assistenza.

Le fonti dei dati sono: assistito, familiari, cartella clinica, altri professionisti.

Un accertamento può essere: iniziale, continuo o mirato.

Le modalità di raccolta dei dati è attraverso: osservazione (fornisce dati oggettivi es. segni, o soggettivi es. sintomi), esame fisico, intervista (con domande aperte o con domande precostruite)

dato: descrizione della realtà senza interpretazione (oggettiva)

informazione: interpretazione dei dati raccolti

Diagnosi: La diagnosi infermieristica è un giudizio clinico riguardante le risposte della persona a problemi di salute in atto o potenziali, nella diagnosi si basano poi gli interventi infermieristici. Assume grande importanza il linguaggio tecnico, per questo esistono le **tassonomie**, ovvero criteri di classificazione, nel campo dell'assistenza si traducono in riduzione dei fenomeni anche complessi in più semplici, ordinamento logico di concetti, e riorganizzazione sistematica della conoscenza in forma scientifica e disciplinare. Ogni fenomeno viene "oggettivato" nell'ambito di un sistema di classificazione.

Le diagnosi possono essere di diversi tipi: **reale** (giudizio clinico di una risposta umana presente in una persona), **di rischio** (susceptibilità a sviluppare una risposta umana), **di promozione della salute** (desiderio di migliorare il proprio benessere), **a sindrome** (raggruppamento di diagnosi infermieristiche che si verificano insieme e che è meglio affrontare insieme).

Una diagnosi ha un: **titolo**, **definizione**, **caratteristiche definenti** (segnali osservabili come manifestazione di una diagnosi, es. sintomi), **fattori correlati** (circostanze o fatti che hanno qualche tipo di relazione con la diagnosi)

es. DEFICIT NELLA CURA DI SE: ALIMENTAZIONE

caratteristiche definenti: compromessa capacità di portare cibo alla bocca, masticare il cibo...

fattori correlati: fatigue, dolore, astenia

condizioni associate: alterazione funzione cognitiva

costruzione della diagnosi reale

titolo: STIPSI (00011)

fattori correlati: disidratazione

caratteristiche definenti: dolore addominale

feci dure

defecazione difficoltosa

costruzione diagnosi di rischio

titolo: RISCHIO DI INFEZIONE

come evidenziato da: vaccinazione inadeguata

no fattori correlati

problemi collaborativi: determinate complicanze di cui l'infermiere rileva l'eventuale insorgenza, e li gestiscono con interventi prescritti dal medico finalizzati a limitarne le conseguenze (es. RC: emorragia).

Piani di assistenza standardizzati:

- livello I: assistenza generale prevista per tutti i pazienti di una certa unità operativa
- livello II: assistenza in aggiunta a quella del livello I, sono predisposti per la specifica condizione che ha causato il ricovero
- livello III: assistenza con interventi riservati a una persona sola

Pianificazione: è il processo attraverso cui si stabiliscono: le DI e PC, gli obiettivi e gli interventi.

OBIETTIVO= è una meta che il pz deve raggiungere con l'aiuto dell'infermiere, è importante anche avere una scadenza temporale entro cui l'obiettivo verrà raggiunto (es. il pz. Eliminerà almeno 500ml di urina a breve termine).

INDICATORI= strumenti o dispositivi che serve a misurare grandezze fisiche, sono condizioni e comportamenti concreti e osservabili che possono essere utili per valutare le condizioni dell'assistito.

NOC= descrivono gli stati della persona che si manifestano dopo un intervento, il risultato stabilisce lo stato reale in un dato istante del tempo e attraverso l'uso di una scala a 5 valori (diverso dagli obiettivi in quanto i risultati sono concetti che riflettono lo stato reale della persona, gli obiettivi sono condizioni che si spera di raggiungere).**NIC=** descrivono gli interventi infermieristici, qualsiasi trattamento che l'infermiere mette in atto per migliorare le condizioni del paziente, sono interventi sia generali che speciali, sia indipendenti che collaborativi. Sono interventi per il trattamento delle malattie, la prevenzione delle malattie, o per la promozione della salute.

STRUMENTI DI STANDARDIZZAZIONE:

- **linee guida:** raccomandazione di comportamento clinico allo scopo di assistere sanitari e pazienti nel decidere quali modalità di assistenza è più appropriata in specifiche circostanze cliniche, non è uno schema da seguire in modo rigido ma un aiuto per le modalità del decision making
- **protocolli:** strumento che formalizza la successione di azioni con le quali l'infermiere raggiunge un determinato obiettivo in una situazione clinica tipica
- **procedure:** sequenza dettagliata e logica di atti che compongono un'azione infermieristica, l'obiettivo è quello di ridurre le variabili ingiustificate e uniformare i comportamenti

I PDTA si basano sul processo di previsione e descrizione in anticipo dell'assistenza nell'ambito di un caso specifico per poi confrontarlo con lo stato reale del paziente. Lo scopo è quello di: favorire l'integrazione fra gli operatori, ridurre la variabilità clinica, permettere di valutare le prestazioni attraverso indicatori.

Gestione/ attuazione degli interventi: fase in cui la progettazione dell'assistenza viene applicata alla persona, l'infermiere attua gli interventi pianificati se necessario anche con l'aiuto di operatori di supporto.

Valutazione: abbiamo una valutazione interna a ogni fase, e una finale che consiste nel controllo di soddisfacimento del bisogno di assistenza. È positiva quando c'è stato il raggiungimento degli obiettivi, i parametri da considerare sono: appropriatezza (congruenza tra prestazione e lo scopo per cui viene assicurata), efficacia (confronto tra i risultati e gli obiettivi), efficienza (confronto tra risultati e risorse impiegate).

LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

- **cartella infermieristica:** strumento informativo e di documentazione dell'assistenza infermieristica, contiene la raccolta dei dati, la loro organizzazione e le prestazioni infermieristiche con i relativi risultati. Deve essere: chiara, leggibile, completa, organizzata, riservata.

Deve contenere: i dati, le diagnosi infermieristiche, il piano di assistenza, il diario infermieristico, le prescrizioni mediche, schemi di terapia, e scheda dei parametri vitali

- **scheda dimissione:** importante quando la persona esce dall'ospedale perché non più in fase acuta ma non è pienamente ristabilita, quando non tornerà a casa ma si trasferirà in una residenza sanitaria o casa di riposo, quando viene trasferita da un'unità per acuti a una più intermedia
- **piani di assistenza standard:** sono progettati per una determinata popolazione (es. persone con BPCO)

RESPONSABILITA' PROFESSIONALE

- **penale:** un reato è un comportamento umano per il quale l'ordinamento giuridico stabilisce come sanzione una pena.

DOLO: l'autore del reato agisce volontariamente ed è cosciente delle conseguenze

COLPA: l'autore se pur volontario, non è a conoscenza delle conseguenze, evento che si verifica a causa di una negligenza

PRETERINTENZIONE: l'autore agisce con volontà, ma è cosciente di compiere un reato diverso rispetto a quello che invece accade

- **civile:** il soggetto è chiamato a risarcire il danno conseguente alle proprie azioni
- **disciplinare:** può essere un rimprovero verbale o scritto, multa, sospensione dal servizio, licenziamento con o senza preavviso

SISTEMA SANITARIO IN ITALIA

SISTEMA MUTUALISTICO: gli appartenenti a una determinata categoria di lavoratori finanziava una cassa mutua che si usava nel caso di malattie, erano soldi trattenuti dai salari che venivano usati per assumere a proprio carico le spese di cura. I cittadini pagavano somme mutue diverse quindi ricevevano prestazioni diverse nella qualità e nella quantità.

SIATEMA SANITARIO NAZIONALE: complesso di funzioni, strutture e attività destinati alla promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione (legge 833/78), importante perché abbiamo l'uguaglianza dei cittadini nelle prestazioni, maggiore omogeneità sul territorio, universalità delle prestazioni per tutti i cittadini.

-**piano sanitario nazionale:** è lo strumento che definisce le linee generali e le

modalità di svolgimento per realizzare le attività istituzionali del SSN, ha durata triennale, è adottato dal governo su proposta del ministero della salute, viene presentata sotto forma di priorità e obiettivi correlati alle disponibilità economico finanziaria.

-piano sanitario regionale: le vecchie USL e alcuni ospedali vengono trasformati in Aziende di diritto pubblico con autonomia economica e finanziaria.

USL: strutture operative che in un ambito territoriale fanno alle esigenze socio-sanitarie dei cittadini

cambiamenti 502/92

maggiore razionalizzazione delle risorse, riduzione delle USL

, aziendalizzazione, il SSN assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA), possono essere diversi da regione a regione ma vengono garantiti quelli definiti a livello nazionale, sono organizzati in 3 aree:

- assistenza sanitaria collettiva: attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (infortunio sul lavoro, sanità veterinaria, medicina legale)
- assistenza distrettuale: attività e servizi sanitari diffusa capillarmente sul territorio (consultori, servizi domiciliari per anziani, servizi riabilitativi per disabili ecc)
- assistenza ospedaliera: in pronto soccorso, ricovero, day hospital, ecc...

ASL: si articolano in distretti sociosanitari a cui si affida la medicina del territorio (medico di famiglia, pediatra, consultorio), lo scopo è quello di andare incontro al cittadino raggiungendolo nel suo ambiente