

Infermieristica clinica I

Comunicazione ed ascolto efficace

Non si può non relazionarsi con una persona senza comunicare.

La **comunicazione** è l'insieme dei processi psicofisici attraverso i quali il comportamento di un individuo influisce su quello di un altro.

[è una notizia o dichiarazione diffusa per ragioni informative, organizzative, direttive; comunicato: dare una comunicazione; una comunicazione urgente].

La **relazione** avviene invece tra individui, gruppi, categorie, ceti quali si manifestano spontaneamente nella convivenza sociale, oppure in quanto definite come oggetto di studio o di misure concrete tendenti ad apportare un miglioramento della reciproca comprensione; le relazioni umane fanno riferimento alle relazioni all'interno di un gruppo omogeneo, mentre le relazioni pubbliche sono intese come rapporto di un gruppo (o di un individuo) con il pubblico.

È un rapporto che intercorre tra due o più individui; queste relazioni si possono basare su sentimento (come amore, simpatia e amicizia) come anche su passatempi condivisi e/o su impegni sociali e/o professionali; hanno luogo in ogni contesto umano.

Nelle relazioni interpersonali non c'è occasione in cui, consapevolmente o no, non si comunichi qualcosa e in cui non esista chi invia il messaggio (trasmittente) e chi lo accoglie (ricevente). Il nostro comportamento, che lo si voglia o meno, procura informazioni, richieste, ordini a qualcuno che li riceve. Anche senza parlare, attraverso la mimica, si possono far pervenire messaggi.

Il contenuto della comunicazione è dato dai messaggi e dalle informazioni. Il modo in cui le persone si mettono in rapporto tra di loro rappresenta la relazione. I modi con cui comunichiamo sono due e avvengono contemporaneamente, poiché noi parliamo (comunicazione verbale) e nello stesso tempo atteggiamo il corpo (comunicazione non verbale). Può succedere che ci sia coerenza tra i due modi di comunicare (congruenza), oppure incoerenza (incongruenza).

La malattia è per l'individuo un'esperienza totale e individuale nello stesso tempo, che ha il potenziale significato di cambiamento rispetto ad un precedente modo di essere. Il cambiamento si mette, a sua volta, in rapporto col senso che ciascuno di noi attribuisce alla vita, alla morte, alla sopravvivenza, ed è un processo terapeutico in sé. La malattia è un ostacolo iniziale alla comunicazione.

L'esperienza di malattia è un'esperienza di bisogno che richiede una relazione d'aiuto. I rapporti che si instaurano con gli altri definiscono lo stato di malattia e permettono l'espressione dei significati che l'esperienza di malattia apporta.

Nella relazione d'aiuto il paziente esprime i bisogni che non è in grado di soddisfare, perché la malattia è un ostacolo alla loro normale soddisfazione.

I bisogni insoddisfatti, cioè i problemi, sono presenti in qualche modo nella comunicazione che avviene attraverso la sfera fisico-psico-sociale in cui il paziente si esprime. Tanto più è efficace la relazione d'aiuto, tanto più è importante il rapporto. Succede comunemente che i pazienti sentano il rapporto con gli infermieri più importante di quanto non lo sentano questi ultimi che spesso, al contrario, tendono a negarlo. *Qualche anno fa, una ricerca condotta in Italia ha dimostrato che gli infermieri considerano molto poco, e alla stregua di quanto potrebbe fare ogni persona, quanto essi fanno per i pazienti da un punto di vista psicologico.*

L'infermiere cioè tende a sottovalutare l'implicazione terapeutica che ha il dialogo con l'utente, considerato più o meno consapevolmente alla stregua di chiacchiere con amici.

La comunicazione di chi assiste deve essere orientata a contribuire all'assistenza: l'operatore cioè deve dare un senso terapeutico alla comunicazione con il paziente, finalizzandola al soddisfacimento dei suoi bisogni, come del resto il paziente si attende. A tale scopo la comunicazione deve essere intenzionale: ciò richiede che l'infermiere rifletta su quanto dice all'ammalato, dopo averlo ben ascoltato e accolto nei vari livelli di comunicazione.

L'ascolto attivo

Nelle diverse situazioni che si possono presentare, il modo più efficace di avvicinarsi al malato è quello di accoglierne l'ansia, rispondendo con l'ascolto amichevole e con la rapida attuazione delle tecniche terapeutiche che il caso richiede. L'ascolto non è necessariamente limitato al contenuto dei messaggi verbali del malato, ma è da intendersi rivolto in senso più ampio a tutte le sue comunicazioni, come l'espressione del volto, gli atteggiamenti del corpo, i gesti delle mani, il tono della voce, ecc.

Attraverso l'osservazione di questi atti, si cerca di capire il suo grado di ansia, i suoi bisogni, le sue paure e rispondervi adeguatamente. Ad es. se è poco disposto al dialogo e nasconde la sua ansia nel silenzio, può risultare inutile o addirittura fastidioso stimolarlo a parlare. Può essere, invece, utile accettarlo nel suo silenzio e rassicurarlo con un atteggiamento comprensivo. È importante in ogni caso che il paziente sia messo a suo agio attraverso un atteggiamento di disponibilità, autenticità, empatia. Lo stesso contatto corporeo può costituire un elemento assai importante di comunicazione, di premura e di rassicurazione. Quest'ultima non dovrà essere generica, ma ben centrata sulle angosce del paziente, non eludendo l'obiettiva situazione in cui si trova, in modo da non distorcere l'esame di realtà.

Come comunichiamo

Gli strumenti della comunicazione sono:

- le parole
- l'atteggiamento non verbale

L'insieme delle parole costituisce il linguaggio e questo si struttura nel tempo sia per l'individuo, si apre le popolazioni, tanto da costruire un contrassegno della loro storia culturale. La comunicazione efficace attiva sempre un processo di relazione, scambio e di comprensione reciproca tra gli interlocutori. Ma come comunichiamo?

Usando 3 modalità:

- 1) verbale → è caratterizzata dal linguaggio sonoro e scritto.
- 2) para verbale → è caratterizzata dal tono, ritmo della parlata, pause, volume.
- 3) non verbale → è rappresentata dai movimenti del corpo, come la prossemica (distanza), la postura, la velocità di camminata, la gestualità delle braccia, la mimica facciale, il movimento degli occhi, la stretta di mano, lo sguardo e altri micro segnali della faccia.

Per comunicare in modo efficace sono importanti due aspetti:

1. l'ascolto: se mentre comunichiamo **non prestiamo ascolto**, e in particolare ascolto attivo, cioè cogliendo dettagli, è praticamente impossibile che si possa creare una relazione costruttiva fra più persone. Questo presuppone che ogni soggetto coinvolto nel processo comunicativo abbia un approccio proattivo, partecipativo, orientato allo scambio reciproco fra i vari soggetti coinvolti. Quando si ascolta, però, c'è sempre il rischio di interpretare e quindi comprendere qualcosa di simile, in quanto entrano in gioco diversi schemi di filtrazione della realtà e a volte sono incompatibili fra di loro. Per migliorarla la nostra capacità di ascolto dobbiamo fare palestra, cioè sforzarci di ascoltare, impegnarci, ascoltare è un'abilità e come tale va allenata.
2. il feedback: il feedback costituisce quello che possiamo definire il **"ritorno" della comunicazione**, cioè quello che risulta dal processo. Attraverso il feedback si misura quanto la comunicazione è stata efficace, il feedback spesso si ottiene attraverso domande che in base alla risposta che si ottiene permettono fino a che livello è stato compreso il messaggio. È opportuno che le domande siano: aperte, cioè non si possa rispondere loro con sì o no; orientate al contenuto del messaggio, non vaghe; mantenendo il focus sul risultato desiderato; ricordate ancora che chi domanda conduce la relazione. L'approccio tenuto durante la comunicazione è preferibile non sia rigido, ma flessibile all'adattamento "relazionale-sociologico" basato quindi sulle dinamiche che si possono creare nella relazione e non su rigidità schematiche quasi fosse una regola matematica.

La comunicazione non è quello che diciamo, bensì quello che arriva agli altri.

Formulare la Diagnosi Infermieristica

Processo di Nursing

Il processo di nursing è una serie di fasi pianificate che si avvale del problem solving (risoluzione del problema) per fornire un'assistenza personalizzata e centrata sulla persona. È un procedimento ciclico, che fa riferimento a metodi scientifici.

NANDA – I (NANDA International North American Nursing Diagnosis Association) è un'associazione professionale dedita alla definizione e standardizzazione delle diagnosi infermieristiche. È stata fondata nel 1982 e da allora si occupa di ricercare, sviluppare, perfezionare la tassonomia delle diagnosi infermieristiche. Inizialmente denominata NANDA, nel 2002 il board ha modificato il nome in NANDA International, riconoscendo



Tassonomia delle Diagnosi Infermieristiche NANDA

Sfera sociale	Sfera fisica	Sfera psichica
Ruolo – relazione	Nutrizionale – metabolico	Percezione della salute – gestione della salute
Sessualità – riproduzione	Eliminazione	Cognitivo – percettivo
Adattamento – tolleranza allo stress	Attività – esercizio fisico	Percezione di sé – concetto di sé
Valori – convinzioni	Riposo – sonno	

Valutazione globale iniziale

L'accertamento infermieristico consiste in una raccolta sistematica di dati volti a verificare lo stato di salute del paziente e identificare i suoi problemi reali o potenziali. Questo momento assistenziale rappresenta una componente molto importante del processo di nursing, ovvero un modello circolare di valutazione-azione-valutazione che si basa sulla metodologia scientifica del problem-solving.

Gli obiettivi dell'accertamento infermieristico

Gli obiettivi perseguiti dall'accertamento infermieristico sono:

1. raccogliere le informazioni di base sul paziente;
2. determinare le normali funzioni del paziente;
3. determinare il rischio di sviluppare disfunzioni del paziente;
4. determinare la presenza o l'assenza di disfunzioni;
5. determinare le risorse del paziente;
6. fornire dati per la fase diagnostica.

Le tipologie dell'accertamento infermieristico

In base al momento in cui viene effettuato, l'accertamento può essere distinto in quattro tipologie:

Accertamento iniziale o globale: consente di avere un quadro generale delle condizioni di salute del paziente al momento della presa in carico. Solitamente si esegue al primo contatto con la persona.

Accertamento mirato: parte integrante delle quotidiane cure infermieristiche, questa metodologia di accertamento si concentra su un aspetto specifico per definire e valutare l'insorgenza e/o l'evoluzione di un problema (ad esempio la valutazione delle caratteristiche e dimensioni di una lesione da pressione)

Accertamento d'urgenza o emergenza: viene eseguito durante l'insorgenza di una crisi fisica o psichica di un paziente per evidenziare i problemi che possono minacciarne la vita.

Accertamento di follow up o di rivalutazione: si attua per rivalutare un particolare aspetto o problema del paziente (ad esempio la capacità motoria di un paziente colpito da ictus dopo un periodo di tempo e consiste nel confrontare le condizioni attuali con quelle basali accertate ad esempio all'ingresso in reparto o alla dimissione dallo stesso se seguito a domicilio.

Per raccogliere, organizzare ed elaborare questi elementi l'attività di accertamento si suddivide in tre componenti temporali: dapprima l'infermiere raccoglie i dati, successivamente li valida e infine li organizza e registra.

Diagnosi infermieristica

La Diagnosi Infermieristica (DI) costituisce la base sulla quale l'infermiere attua specifici interventi volti a raggiungere gli outcomes di cui è responsabile, in ragione delle sue competenze e autonomia. La diagnosi infermieristica è l'espressione dello stato di salute della persona, esprime il giudizio professionale infermieristico sulle sue condizioni, identificando alterazioni e debolezze, capacità e punti di forza. È una fase nodale del processo di nursing e costituisce l'estensione logica della raccolta dati relativi all'accertamento. **Fare diagnosi infermieristica vuol dire identificare le risposte, i segni e i sintomi che indicano un effettivo o potenziale problema di salute e pianificare le cure più appropriate per risolverlo.**

Pianificazione – risultati

Per stabilire le priorità si devono classificare le diagnosi o i problemi in ordine di importanza, per poter organizzare le attività di cura, soprattutto quando il paziente ha più di un problema (Carpenito, 2002).
 Problemi ad alta priorità: problemi, che se non trattati, mettono a rischio la vita del paziente. Problemi a media priorità: comprendono necessità non emergenti e che non minacciano la vita del paziente. Problemi a bassa priorità: sono centrati sui bisogni connessi allo sviluppo o problemi/rischi che richiedono interventi infermieristici di natura supportiva o di monitoraggio. Stabilire i risultati attesi Un risultato atteso è un cambiamento dello stato del paziente in risposta agli interventi infermieristici; il cambiamento deve essere misurabile e indicare il livello di benessere o l'indipendenza in alcune funzioni. I risultati attesi devono essere:

- basati sul paziente e condivisi;
- realistici;
- definiti nel tempo (a breve, a medio e a lungo termine);
- misurabili.

Pianificazione – Interventi

La pianificazione può essere definita come l'insieme delle operazioni e azioni dedicate alla scelta e alla realizzazione degli interventi che l'infermiere, singolarmente o in équipe, ritiene possano condurre in modo efficace, efficiente ed eticamente accettabile alla soluzione dei problemi che l'assistito presenta.

Gestione prestazioni assistenziali

Libelli di assistenza da erogare all'assistito in base alla complessità e alla valutazione degli obiettivi (NIC).

La diagnosi infermieristica si basa sui concetti di NIC (nursing interventions classification) e NOC (nursing outcomes classification). In relazione agli obiettivi prefissati (NOC), si attuano gli interventi infermieristici del caso (NIC).

Verifica - valutazione risultati

La Classificazione NOC contiene risultati infermieristici che si applicano alle singole persone dei relativi indicatori. Possono essere utilizzati in tutte le aree cliniche di base e specialistiche durante il continuum delle cure.

I NIC (Nursing Intervention Classification) sono attualmente 443 e rappresentano la classificazione di tutti gli interventi infermieristici praticati negli USA e in altri stati.

I NOC (Nursing Outcomes Classification) sono attualmente 190 e rappresentano gli indicatori per misurare i risultati delle cure infermieristiche.

L'insieme di queste tre catalogazioni rappresenta il primo tentativo sistematico di dare una definizione organica e standardizzata al sapere e alla pratica infermieristica. Attraverso questi tre strumenti è possibile arrivare alla definizione di piani standard da utilizzare, verificare ed aggiornare continuamente nella pratica.

Analisi Modelli funzionali

Percezione e mantenimento della salute

Descrive il modello di salute e di benessere percepito dall'assistito e il modo in cui l'assistito gestisce la salute. Comprende la percezione delle condizioni di salute e la loro relazione con le attività attuali e di programmazione futura. Include anche il livello generale dei comportamenti in fatto di salute, quali le attività di promozione della salute, l'adesione a norme preventive di salute mentale e fisica, le prescrizioni mediche o infermieristiche e i controlli periodici.

Rischio di lesione Stato in cui la persona è a rischio di subire Stato in cui la persona è a rischio di subire danni a causa di deficit percettivi o danni a causa di deficit percettivi o fisiologici, inadeguata consapevolezza dei fisiologici, inadeguata consapevolezza dei rischi ambientali o livello di maturazione rischi ambientali o livello di maturazione legato all'età. legato all'età. Diagnosi

Aspirazione [ingresso di secrezioni, solidi o liquidi, nelle vie tracheobronchiali].

Avvelenamento [esposizione accidentale, ingestione di farmaci o sostanze pericolose]; Cadute; Trauma, soffocamento.

Lesione da posizionamento intraoperatorio caduta. La letteratura internazionale definisce le cadute accidentali come “un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, o assisa, o clinostatica”; in questa definizione vengono comprese tutte le circostanze in cui il paziente cade: ad esempio se cade mentre dorme, dal letto o dalla sedia, se viene trovato sdraiato sul pavimento o anche se la caduta avviene nonostante sia stati messi in atto i supporti per prevenirla.

Modello Percezione/Gestione della Salute

Definizione: descrive il modello di salute e di benessere percepito dall'assistito e il modo in cui l'assistito gestisce la salute. Comprende la percezione delle condizioni di salute e la loro relazione con le attività attuali e di programmazione futura.

Include anche il livello generale dei comportamenti in fatto di salute, quali le attività di promozione della salute, l'adesione a norme preventive di salute mentale e fisica, le prescrizioni mediche o infermieristiche e i controlli periodici.

Obiettivi: analizzare alcuni modelli funzionali, identificando le condizioni di normalità ed alterazione, descrivendone le diagnosi di interesse infermieristico secondo la tassonomia NANDA, caratteristiche definenti e fattori correlati/di rischio, identificare gli interventi e gli outcome assistenziali.

Fasi del processo di nursing

- accertamento iniziale: raccolta dati all'accettazione o al momento della presa in carico. Accertamento mirato: in fase successiva all'accertamento iniziale raccolta dati specifica per alcuni modelli funzionali per confermare delle ipotesi diagnostiche. *Raccolta dati:* osservazione, intervista, esame obiettivo.
- definizione diagnosi: nella diagnosi infermieristica sono riportati i problemi reali o potenziali della persona insieme alla causa o le cause che li hanno determinati. identificazione obiettivi. Per ogni diagnosi occorre definire almeno un obiettivo.

Elementi che costituiscono l'Obiettivo:

- comportamento della persona assistita (o performance)
- criterio di performance
- condizioni di performance
- scadenza

Caratteristiche dell'Obiettivo (l'Obiettivo deve essere):

- osservabile
- misurabile
- realistico (realizzabile)
- verificabile
- accettabile dalla persona

Performance: il signor G. deve camminare.

- criterio di performance: il signor G. deve camminare lungo il corridoio di reparti almeno tre volte al giorno per almeno 15 minuti.
 - condizioni di performance: ... con l'aiuto di un deambulatore (o con l'aiuto di stampelle, o con l'assistenza di un familiare, o da solo ...)
 - pianificazione degli interventi. Prima di attuare occorre pianificare. Pianificare significa:
 - pensare agli interventi da attuare
 - possibilmente scrivere, annotare gli interventi da attuare, porre gli interventi in ordine prioritario in base ai problemi assistenziali da risolvere, privilegiando gli interventi rivolti ai problemi "più gravi".
 - attuazione: è la fase di concretizzazione di quanto pianificato, dove si mettono in pratica gli interventi programmati al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati.
 - valutazione: è la risposta alla domanda "Gli obiettivi previsti sono stati raggiunti?"
 - se sì, la valutazione è positiva
 - se no, la valutazione è negativa e si deve rivedere l'intero piano assistenziale. è la misurazione, il confronto fra i risultati effettivi raggiunti e quelli previsti.
- Se i risultati ottenuti coincidono con quelli previsti, la valutazione è positiva VS se c'è discrepanza fra i risultati raggiunti e quelli attesi la valutazione è negativa e occorre rivedere l'intero processo assistenziale.

Parametri vitali

La lettura dei parametri vitali deve essere correlata alla valutazione della persona ()

Valutazione Infermieristica – anamnesi medica).

Frequenza respiratoria

La frequenza respiratoria in un soggetto adulto sano è di 16 – 20 atti respiratori al minuto.

- si dice eupnoico se la FR è 16 – 20 atti respiratori al minuto;
- bradipnea se la FR è 10 – 12 atti respiratori al minuto;
- tachipnea se la FR è superiore ai 20 atti respiratori al minuto.

Come la misuriamo? Appoggiando il palmo della nostra mano dominante sul torace del nostro assistito e contiamo tutte le inspirazioni in un minuto. Oppure con il saturimetro:

- ipossia lieve: 91 – 94%;
- ipossia moderata: 86 – 90 %;
- ipossia grave: inferiore all'86%.

Frequenza cardiaca

Strumentazione di rilevazione della frequenza o saturimetro.

- polso normale: 60 – 100;

- bradicardia: < 60 ;
- tachicardia: > 100 .

Pressione sistolica	Pressione diastolica
È la pressione che si crea nelle arterie nel momento in cui il sangue viene espulso dal cuore	È la pressione presente nel circolo arterioso durante la fase di rilassamento del muscolo cardiaco

Temperatura corporea

Classificazione	Valori in °C
Subfebbrile	37 – 37,3
Febbricola	37,4 – 37,6
Febbre moderata	37,7 – 38,9
Febbre elevata	39 – 39,9
Iperpiressia	➤ 40

Classificazione	Manifestazioni cliniche	Temperatura in °C
Grado 1	Brivido, sensazione di freddo. Non alterazioni della coscienza	35 – 32
Grado 2	Stato soporoso, nessun brivido	32 – 28
Grado 3	Incoscienza	28 – 24
Grado 4	Assenza di segni vitali	< 24

Dolore

Il dolore rappresenta il mezzo con cui l'organismo segnala un danno tissutale. Secondo la definizione della IASP (*International Association for the Study of Pain - 1986*) e dell'Organizzazione mondiale della sanità, il dolore "è un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno". Il dolore rappresenta uno stato di deficit sensoriale e motorio con alto indice di invalidità progressiva nel tempo. L'infermiere è il professionista sanitario responsabile garante dell'assistenza sanitaria infermieristica e valuta il dolore nella sua complessità e globalità della persona.

Come valutiamo il dolore? Step valutazione infermieristica:

1. tempo di insorgenza del dolore;
2. qualità del dolore;
3. localizzazione del dolore;
4. tipo del dolore.

Con quali strumenti? Famiglia, scale di valutazione, rilevazione parametri vitali, faces.

Tempo di insorgenza del dolore

Da quanto tempo persiste la sintomatologia dolorosa, come nasce il dolore e la sua programmazione nel tempo e nel corpo.

Terminazioni nervose periferiche e corpuscoli sensitivi → midollo spinali, nervi somatici e viscerali → sistema nervoso centrale.

Qualità e fisiologia del dolore

Transitorio

Acuto

Recidivo

Persistente

Cronico

ogni persona, in base al suo vissuto, vi indicherà un tipo di dolore che solo lei può descrivervi

Localizzazione del dolore

Dove viene percepita la prima sensazione di dolore e dove è la sua propagazione.

Tipo di dolore

- 1) somatico: dolore trasferito dalle fibre somatiche che propagano il dolore alla testa e al tronco;
- 2) viscerale: nervi simpatici provenienti dalla gabbia toracica;
- 3) idiopatico: senza motivazione organica;
- 4) misto: interessa sia il somatico che il viscerale.

Importante è la trascrizione nella cartella infermieristica e il suo precoce e risoluto trattamento. La valutazione costante del dolore ogni 20 minuti dall'azione farmacologica.

Scale di misurazione del dolore

VAS, Scala Verbale VDS, Scala numerica, Scala Wong, Baber Faccine pediatrica, FLACC (per bambini misura faces, pianto, movimento).

Diagnosi

- diagnosi infermieristiche reali (o attuali)
- diagnosi infermieristiche di rischio o rischio elevato
- diagnosi infermieristiche possibili
- diagnosi infermieristiche di benessere
- diagnosi infermieristiche a sindrome

Equipe sanitaria

Il lavoro in équipe è la modalità operativa più adeguata a rispondere alle esigenze del malato e della sua famiglia: il gruppo di lavoro si definisce "multidisciplinare" perché al suo interno lavorano professionisti di ambiti differenti e con diverse modalità di lavoro.

Il lavoro di équipe Multiprofessionale è una modalità di lavoro collettivo, caratterizzato dall'interazione di vari interventi tecnici delle diverse figure professionali attraverso la comunicazione verbale e scritta. Le interazioni umane nel lavoro devono essere permeabili al mutamento, alla novità, alla ricostruzione.

Per fare un buon lavoro di squadra, devi rispettare tutti gli altri membri del team, ascoltando quello che hanno da dire. Quando qualcuno altro parla, aspetta il tuo turno e, allo stesso tempo, quando sei tu a intervenire, fai in modo che gli altri riconoscano e capiscano le tue parole. Usa il pronome personale "noi".

équipe interdisciplinare sono tutti i membri di un gruppo che:

- condividono scopi e modelli;
- modalità organizzative;
- suddivisione del lavoro e attività di coordinamento.

Le decisioni vengono prese a livello collettivo (il Team). Il lavoro in una équipe interdisciplinare richiede sia una certa flessibilità che la capacità di apertura al confronto con gli altri.

Lavorare in équipe significa che non è una sola figura professionale che si occupa del paziente, né che molte figure di occupano del paziente ognuna indipendentemente dall'altra, cioè in maniera separata. Questo tipo di lavoro significa che la cura viene effettuata da un gruppo "integrato", cioè da persone che lavorano in modo armonico tra di loro e che condizionano il proprio compito attraverso una continua correlazione fatta di interscambi, di confronti, di contributi, di suggerimenti, di pareri.

Il gruppo è qualcosa in più, o, meglio, qualcosa di diverso dalla somma dei suoi membri: ha una struttura propria, fini peculiari e relazioni particolari con altri gruppo. Esso può definirsi come una totalità dinamica. Esso può definirsi come una totalità dinamica. Ciò significa che un cambiamento di stato, di una sua parte, interessa lo stato di tutte le altre.

Il lavoro di équipe significa che la cura viene effettuata da un gruppo integrato, cioè da persone che lavorano in modo armonico tra di loro e che condizionano il proprio compito attraverso una continua correlazione fatta di interscambi, confronti, contributi, suggerimenti e pareri. Ogni professionista mette a disposizione le proprie competenze.

Gli infermieri e le altre professioni sanitarie nell'ambito delle responsabilità sono garanti del processo assistenziale ed è per questo che è necessario l'evolvere verso delle competenze avanzate e specialistiche.

Competenze di tipo relazionale, informazione ed educazione. I bisogni informativi sono quelli maggiormente espressi dai pazienti. Ogni intervento informativo sul paziente deve essere efficace e positivo. L'infermiere deve essere preparato a rispondere adeguatamente al paziente. L'infermiere è considerato dai pazienti una figura chiave nel loro percorso di cura e il supporto di un infermiere specializzato è stato dimostrato capace di ridurre il distress psicologico.

Conoscenza del protocollo, tipo di conoscenza del farmaco, tempi di somministrazione, effetti collaterali, diario del farmaco, farmaci. Deve conoscere la fisiologia e le problematiche dell'età evolutiva, le patologie, i

protocolli terapeutici. Deve conoscere la farmacologia: compatibilità, conservazione, somministrazione, durata. I presidi e le attrezzature. I dispositivi di protezione individuale. Le procedure in caso di stravasamento.

La conoscenza è una caratteristica fondamentale del lavoro degli infermieri in termini di studi clinici e di trattamento. Gli infermieri devono conoscere e sostenere i protocolli in uso e fornire linee guida per l'assistenza al paziente. Fondamentale è la comunicazione e lo scambio di informazioni tra il medico e l'infermiere.

Deve essere in grado di comunicare con la famiglia; saper ascoltare; saper rispondere; saper fare domande; accertarsi che il paziente abbia compreso quanto è stato detto.

Il personale è formato alla relazione con il paziente e la famiglia.

I vantaggi del lavoro multidisciplinare

- ✓ assistenza migliorata;
- ✓ processi clinico – assistenziali integrati;
- ✓ errori e tempi di consultazione ridotti;
- ✓ strumenti di comunicazione uniformati;
- ✓ documento unico che raccoglie tutte le informazioni del paziente;
- ✓ possibilità per tutti gli operatori coinvolti di accedere alle valutazioni ed evoluzioni del processo clinico;
- ✓ interventi terapeutici ed assistenziali ottimizzati.