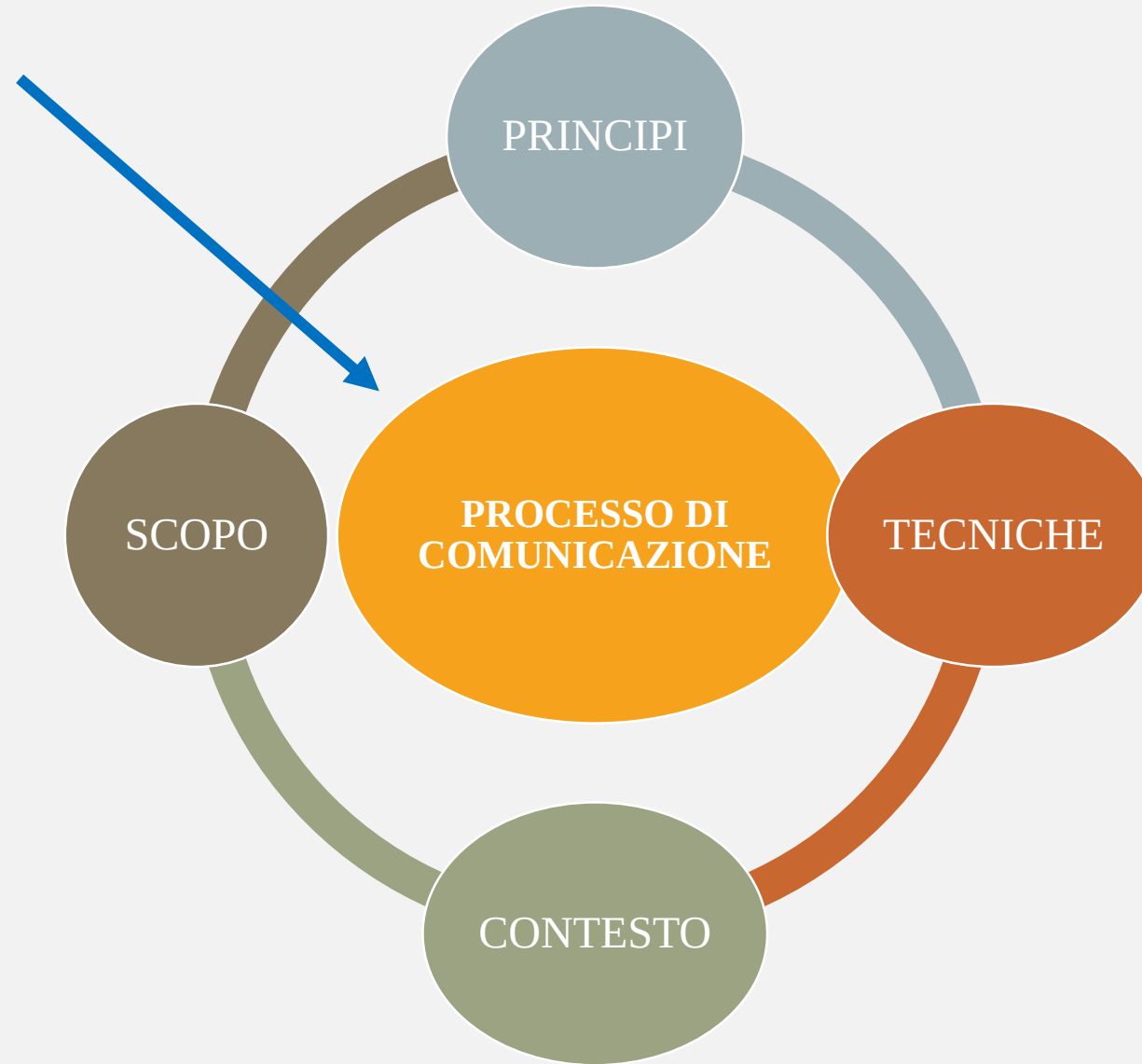


SCIENZE INFERMIERISTICHE

Dott.ssa Laura De Biasio

a.a. 2024 - 2025

COMPETENZE RELAZIONALI



LA COMUNICAZIONE TRA INFERMIERE E ASSISTITO

Elementi da considerare:

- ☐ qualità della relazione
- ☐ qualità della comunicazione
- ☐ modo di interfacciarsi con i famigliari e/o caregivers
- ☐ fiducia con l'assistito – alleanza terapeutica – ascolto attivo

ATTENZIONE !!!!!

- l'uso della forma confidenziale VS forma di cortesia
- utilizzo di espressioni confidenziali quali nomignoli, vezzeggiativi e appellativi vari
- → NON sono nostri amici o parenti - non mette a proprio agio l'assistito
Esempio: “Tesoro” - “Cara/o” - “Nonno” - “Campione”

E ancora.....

- Utilizzare frasi stereotipate – fuori luogo, prive di significato nel tentativo di rassicurare il paziente
«Dai, dai coraggio...» – «Non si preoccupi, vedrà che andrà tutto bene»
In questo modo si negano la paura, i sentimenti, non si dà modo al paziente di comunicare qualcosa di suo
- Fornire consigli non richiesti – dire al paziente ciò che deve o non deve fare
«Se fossi in Lei, io farei...» – «Penso che Lei dovrebbe.....»
Si nega la possibilità del paziente di condividere le decisioni con l'operatore
- Dare giudizi – approvare o non approvare i comportamenti del paziente
«E' sbagliato rifiutare l'intervento chirurgico...» – «Questo modo di comportarsi secondo me è sbagliato...»
Così si impedisce la libera espressione dell'altro con il rischio di creare dipendenza dall'operatore
- Evitare la comunicazione infantilizzante – vocabolario semplicistico, frasi accorciate, linguaggio rallentato, utilizzo inappropriato di espressioni affettuose
«Adesso facciamo la punturina» – «alzi il sederino che le mettiamo il pannolino» – «facciamo il bagnetto»
Visione stereotipata verso le persone presupponendo che siano meno competenti

L'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) nel 2007 ha affermato:

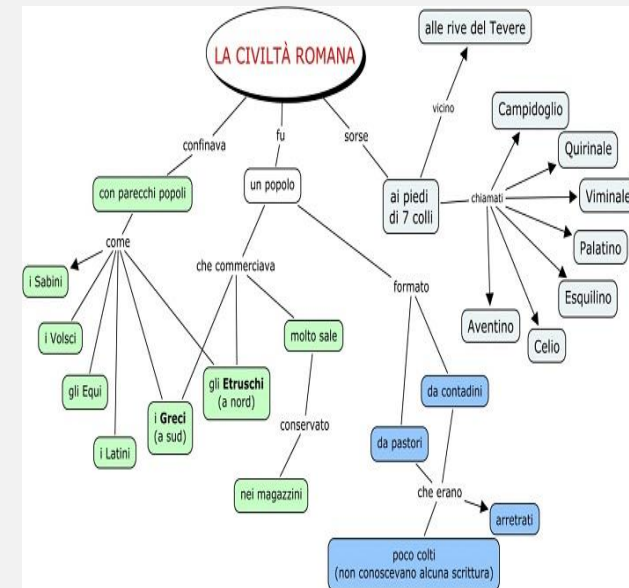
«per garantire la sicurezza del paziente è fondamentale adottare un metodo strutturato di trasmissione delle informazioni cliniche tra operatori, turni, reparti o setting → ospedale-territorio»

Per il trasferimento delle informazioni le persone utilizzano MAPPE COGNITIVE

Le informazioni che si trasmettono dipendono:

- ✓ Dal tipo di informazioni da trasferire
- ✓ Dal livello di conoscenza del problema che l'infermiere possiede

Ogni professionista quindi approccia alla «consegna» in modo molto personale



PER DESCRIVERE LA PRATICA INFERMIERISTICA



.....

PER COMUNICARE È UTILE UN LINGUAGGIO COMUNE E CONDIVISO

Standardized Nursing Languages (SNL)

Dati utili:

- ✓ Dati demografici
- ✓ Dati di contesto
- ✓ Dati specifici sull'assistenza infermieristica (*Nursing care data*)



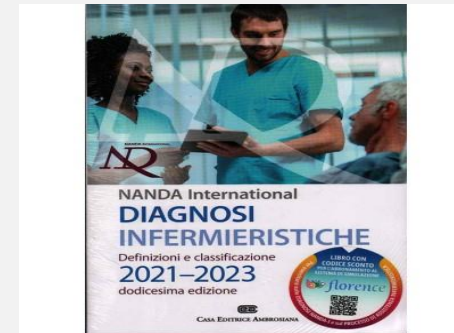
Valutazione secondo legenda allegata			Tot
Condizioni generali	Buone	4	
	Discrete	3	
	Scadenti	2	
	Pessime	1	
Stato mentale	Lucido	4	
	Apatico	3	
	Confuso	2	
	Stuporoso	1	
Deambulazione	Normale	4	
	Cammina con aiuto	3	
	Costretto su sedia	2	
	Costretto a letto	1	
Mobilità	Normale	4	
	Moderatamente limitata	3	
	Molto limitata	2	
	Immobile	1	
Incontinenza	Assente	4	
	Occasionale	3	
	Abituale urinaria	2	
	Doppia	1	
Totale valutazione			

I NURSING CARE DATA

- Derivano dalla documentazione infermieristica

Comprendono

- I fenomeni infermieristici quali le diagnosi infermieristiche
- I risultati infermieristici o *nursing outcomes*
- Gli interventi infermieristici



Nursing Care Plan Format (4 Columns)

Nursing Diagnosis	Goals & Outcomes	Interventions	Evaluation
Ineffective airway clearance RT tracheal bronchial inflammation, edema formation, increased sputum production AEB coughing, dyspnea, purulent sputum	After 8 hours of nursing intervention, the patient will display/maintain patent airway with breath sounds clearing; absence of dyspnea, cyanosis, as evidenced by keeping a patent airway and effectively clearing secretions.	1. Assess the rate, rhythm, and depth of respiration, chest movement, and use of accessory muscles. 2. Elevate head of bed, change position frequently. 3. Suction as indicated: frequent coughing, adventitious breath sounds, desaturation related to airway secretions.	After 8 hours of nursing intervention, the patient was able to maintain patent airway with breath sounds clearing AEB absence of dyspnea, cyanosis, and effectively clearing secretions.

LA NOTEVOLE DISOMEGNEITÀ NEL LINGUAGGIO UTILIZZATO → PROBLEMA !!!!

Non sono disponibili dati per descrivere il grado di diffusione e di impiego della terminologia standardizzata in Italia

Nella letteratura internazionale le terminologie infermieristiche standardizzate (SNT) sono molte
L'*American Nurses Association* (ANA; 2012) ne riconosce 12 a supporto della pratica clinica:

Clinical Care Classification (CCC) – International Classification for Nursing Practice (ICNP, 2015) – North American Nursing Diagnosis Association International – Nursing Outcomes Classification – Omaha System – Perioperative Nursing Data Set (PNDS) – ABC Codes – Nursing Minimum Data Set (NMDS) – Nursing Management Minimum Data Set (NMMDS) – Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC) – Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms (SNOMED_CT) - classificazioni NANDA-I/NOC/NIC (NNN)

Cosa serve la Diagnosi infermieristica????

Capacità predittiva sugli esiti del paziente (mortalità e qualità di vita) e sull'organizzazione (durata della degenza, quantità di assistenza, costi ospedalieri e disposizioni alla dimissione)

(Sanson, 2017)

IN ITALIA?

Non esiste un accordo su una specifica terminologia per documentare l'assistenza infermieristica

È adottata la classificazione NANDA-I, NOC, NIC E ICNP (International Classification for Nursing Practice) nella formazione

Facilita l'insegnamento del ragionamento clinico agli studenti e ai neo – laureati

Non esistono dati sufficienti per descrivere il grado di diffusione e di impiego di terminologia standardizzata sul territorio nazionale

COSA E' UNA DIAGNOSI INFERMIERISTICA ?

«il giudizio clinico sulle risposte di un individuo, di una famiglia o di una comunità a problemi di salute attuali o potenziali»

NANDA = North American Nursing Diagnosis Association → definisce la diagnosi con caratteristiche definenti e fattori correlati o fattori di rischio

NOC = Nursing Outcomes Classification → elenco di risultati identificati, definiti e misurabili

NIC = Nursing Intervention Classification → interventi di assistenza diretta o indiretta, definiti dall'infermiere ed eseguiti direttamente o tramite personale di supporto

TRASMISSIONE DELLE INFORMAZIONI ATTRAVERSO LE CONSEGNE



LE CONSEGNE INFERMIERISTICHE

Comprendono il TRASFERIMENTO DI RESPONSABILITA'

Di un paziente o di un gruppo di pazienti a una persona o a un gruppo professionale

SCOPI:

1. Garantire la continuità assistenziale
2. Garantire il passaggio di responsabilità

Il passaggio di informazioni cliniche comporta una serie complessa di processi

Una «cattiva» consegna può portare a spreco di risorse

a ritardi diagnostici e assistenziali
ad accertamenti ripetuti
a errori terapeutici

IL PROCESSO da mettere in atto nel passaggio delle consegne

- ✓ Attivare la memoria di lavoro per gli aspetti essenziali e le attività che dovranno essere eseguite
- ✓ Attivare contemporaneamente processi cognitivi per gestire le informazioni:
 - retrospettive → ciò che è accaduto a ciascun paziente
 - attuali → come stanno adesso
 - prospettiche → priorità, rischi e piano di azione



LE FASI PER ORGANIZZARE LE INFORMAZIONI

I. PREPARA

La documentazione scritta

Quali sono le informazioni importanti per la sicurezza, continuità, assunzione di responsabilità

2. ORGANIZZA

Il setting e chi partecipa

Ambiente, spazi, ridurre interruzioni, chi sono i professionisti presenti

3. CONSAPEVOLEZZA AMBIENTALE

Dare una rappresentazione/visualizzazione del servizio

Segnalare bisogni speciali o rischi

4. CONSEGNA DELLO SPECIFICO PAZIENTE

Dettagliare le condizioni di ogni paziente

APPROCCI per TRASMETTERE LE INFORMAZIONI

- 1) Narrativo
- 2) Orientato ai problemi
- 3) Focalizzato sugli esiti
- 4) Focalizzato sugli scostamenti dalla normalità
- 5) Orientato alla globalità del paziente

I) NARRATIVO

E' la descrizione delle condizioni del paziente e dell'assistenza erogata

Di norma le informazioni sono organizzate in senso temporale

Impegna tempo ed è dispersivo

E' difficile sintetizzare e memorizzare i dati e utilizzarli in modo efficiente

Chi ascolta prende appunti su un foglio che diventerà la base per scrivere le consegne di fine turno con il rischio di perdere tempo e dati importanti

Esempio:

« il paziente è entrato per scompenso cardiaco, ha 87 anni, è lucido e collaborante. Domani arriveranno i parenti (moglie e figlio) per pianificare la dimissione. Deve essere aiutato nell'alimentazione. E' stata effettuata stamattina una medicazione al sacro per presenza di LdP di terzo stadio. Richiesta consulenza diabetologica per rivedere la terapia insulinica. Questa mattina ore 7.30 a digiuno glicemia 202 mg/dl....»

2) ORIENTATO AI PROBLEMI

Approccio più efficace rispetto a quello narrativo

Prende in considerazione il punto di vista soggettivo del paziente

Prende in considerazione la sua percezione dei problemi che emergono

Ci sono più modalità per organizzare le informazioni

Esempio:

SOAP (Subjective, Objective Analysis e Plan): « **S.** *Rifiuta la terapia diuretica. Dice di non aver dormito nulla per la continua necessità di urinare.* **O.** *Non vuole che l'infermiere di terapia entri nella sua stanza...* **A.** *Non conosce le conseguenze della mancata assunzione della terapia. Iperteso ...* **P.** *sospesi i liquidi per via parenterale. Monitorare i liquidi in ingresso e la diuresi»*

3) FOCALIZZATO SUGLI ESITI

ESITO spesso rappresenta il superamento di un problema

- Una LdP
 - Sintomo di nausea
 - Miglioramento delle ADL
-
- Approccio centrato sul paziente e sugli esiti
 - Promuove la documentazione interdisciplinare
 - Le informazioni sono organizzate secondo gli esiti
 - Le informazioni sono oggettive e soggettive

Esempio modello DAR (Data – Action e Response)

«D : paziente in terapia anticoagulante con warfarin ¼ di cp die fino a ieri. Attualmente sospesa. Ematuria franca. Il paziente oggi non si è scaricato. Accusa vertigini

A : valutare l'emocromo e INR ogni giorno. Avvertito il paziente di non alzarsi. Posizionata comoda vicino al letto

R : Hb 8.6 g/dl e INR di 8. Paziente in buone condizioni. Ricontrollare INR ore 20»

4) **FOCALIZZATO SUGLI SCOSTAMENTI** dalla **NORMALITÀ**

È basato su un sistema di standard, protocolli e parametri di valutazione
Se rientra in questi **NON VIENE DOCUMENTATO NULLA**

Si documentano le **VARIAZIONI** o **ECCEZIONI** alla norma

Data xx/yy/aaaa

Ore 8:00 -

Ore 12:00 SaO₂ 88% - Somministrato O₂ con Venturi al 28%

Ore 17:00 SaO₂ 90% - Mantenuto occhialini a 2 l/m

Ore 19:00 -

5) ORIENTATO ALLA GLOBALITÀ DEL PAZIENTE

Avviene sulla base del modello SBAR
(Situation – Background – Assessment e Recommendation)

S	<i>Situation</i>	Identificazione paziente e motivo di ingresso
B	<i>Background</i>	Breve storia clinico-assistenziale e socio-familiare
A	<i>Assessment</i>	Valutazione ABCDE e interventi eseguiti
R	<i>Recommendation</i>	Problemi assistenziali aperti o piano assistenziale da mettere in atto

- ☐ Metodo riconosciuto da numerosi studi scientifici
- ☐ Consiste in una tecnica comunicativa facile da ricordare che garantisce una comunicazione strutturata
- ☐ Permette una sequenza ben precisa di informazioni e una diminuzione degli errori determinati dagli operatori ottimizzando l'assistenza

Esempio:

« S : paziente ricoverato oggi d'urgenza. Al momento agitato, dispnoico. Attualmente TC 38° h 12.30. Secrezioni dense, difficoltà di espettorazione.

B : pregressa storia di BPCO con frequenti riacutizzazioni. TC elevata da due giorni.

A : SaO2 99%. In corso ossigenoterapia al 35%. Rx torace con addensamento basale destro. In corso ceftazidime ev 5 gr al die.

R : aspirare solamente se necessario. Proseguire nella somministrazione di liquidi. NPT 2000 Kcal/24 ore Possibile disorientamento notturno: sorvegliare.»

ASSIST INFERM RIC 2012; 31: 91-101

Giampiera Bulfone,¹ Marinello Sumathy,¹ Simonetta Grubissa,² Alvisa Palese

¹Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli studi di Udine

²Chirurgia, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Udine

Per corrispondenza: Giampiera Bulfone, giampiera.bulfone@uniud.it

Trasferire efficacemente informazioni e responsabilità attraverso le consegne: revisione della letteratura

06/12/23, 16:16

Il passaggio della consegna infermieristica, ne abbiamo davvero bisogno? Alla ricerca di opportunità di miglioramento - Fnopi L...

IL PASSAGGIO DELLA CONSEGNA INFERMIERISTICA, NE ABBIAMO DAVVERO BISOGNO? ALLA RICERCA DI OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO

Rivista L'Infermiere N° 4 - 2014

Diamante Iavarone

INTRODUZIONE

La sicurezza nella continuità della cura dei pazienti. E' questo l'obiettivo della "consegna infermieristica", ovvero, lo scambio di informazioni su un paziente e sulle cure somministrate che avviene tra infermieri. Una prassi consolidata che serve a garantire anche qualità e continuità assistenziale.

Questo passaggio di informazioni avviene solitamente ad ogni cambio di turno, altre volte può avvenire informalmente in occasione del trasferimento di un paziente tra altri livelli di cura o diversi reparti all'interno dell'ospedale. La consegna infermieristica oltre a rivelarsi un utile strumento per trasmettere delle informazioni accurate sulle condizioni del paziente, sul trattamento e sui bisogni attesi, può rivelarsi inefficace o addirittura dannosa se le informazioni sono incomplete oppure omesse.

Tabella 1 - Sintesi degli studi citati

Autore	Obiettivo	Metodo	Partecipanti	Risultati
(Meißner et al., 2007)	Valuta come gli infermieri percepiscono la consegna al cambio turno e quali sono le insoddisfazione segnalate.	Resoconti personali self-report.	Infermieri.	Il 53 % degli infermieri in Italia dichiara di non essere soddisfatto delle consegne al cambio turno per varie cause: mancanza di tempo, molte interferenze, mancanza di spazio dedicato, una brutta atmosfera tra colleghi, notizie insufficienti.
(Drachsler et al., 2012)	Fornire strumenti di formazione personalizzati nel passaggio di consegne in diversi contesti ed esigenze cliniche.	Technology Enhanced Learning Design Process (TEL-DP) basato sul concetto di mappatura dei processi.	Medici, infermieri e personale delle professioni sanitarie nella formazione.	Propone un approccio di apprendimento personalizzato, che consente agli istruttori della formazione di risponde alle specifiche informazioni ed esigenze dei diversi obiettivi dei gruppi nel passaggio di consegne.
(Flink et al., 2012)	Esplorare le esperienze dei pazienti e le loro prospettive durante il passaggio delle informazioni tra i loro fornitori di cure nel ricovero ospedaliero.	Analisi secondaria qualitativa, con interviste focus group dei pazienti.	Pazienti.	Mette in evidenza la capacità di partecipare e prendere una posizione attiva da parte dei pazienti nel processo di consegne chiare e prive di ambiguità.
(Toccafondi et al., 2012)	Analizzare il passaggio delle consegne tra reparti con alta e bassa complessità assistenziale.	Monitorizzazione del passaggio delle consegne con discussioni di focus group attraverso cinque items validati.	Medici e infermieri.	Mancanza di un terreno concettuale comune nel passaggio delle consegne, che può contribuire al verificarsi di eventi avversi.

(Gordon, 2013)	Determinare obiettivi curricolari, e metodi di valutazione nel passaggio di consegne all'interno delle università di medicina nel Regno Unito.	Questionario online, dopo studio pilota.	Le facoltà di medicina.	L'analisi qualitativa ha evidenziato quattro temi chiave: l'importanza del passaggio di consegne come un problema di istruzione, quando iniziare la formazione sul passaggio di consegne, la necessità di ulteriori metodi di insegnamento e la necessità di strumenti di valutazione validati per sostenere l'educazione nel passaggio di consegna.
-----------------------	--	--	-------------------------	--

https://www.youtube.com/watch?v=zC5-fltn0_k

SINTESI

IL COMPORTAMENTO ETICAMENTE GIUSTIFICABILE

IL METAPARADIGMA DEL NURSING

TEORIA DEI BISOGNI E METAPARADIGMA INFERMIERISTICO

I PDTA: obiettivi e caratteristiche

EDUCAZIONE SANITARIA: gli elementi necessari (gestione della persona con tracheostomia – persona con disfagia)

LE CONSEGNE INFERMIERISTICHE: scopi, metodi, processo, fasi

MODALITÀ ESAME: scritto con 3 domande aperte (10 punti per domanda)

APPELLI: 8 GENNAIO 2025 ore 8.30

19 FEBBRAIO 2025 ore 8.30 ?

BIBLIOGRAFIA

«Trattato di Cure Infermieristiche» – Saiani L, Brugnolli A – casa Editrice Sorbona (cap. 4)

«Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica» - Craven R, Hirnle C, Jensen S – Casa Editrice Ambrosiana (Vol I)

<https://www.scienzeinfermieristiche.net/il-linguaggio-standardizzato-icnp-nel-processo-di-assistenza-infermieristica-la-sperimentazione-della-sl-di-foggia-azienda-sanitaria-locale-leader-in-italia/>

<https://www.infermiereonline.org/2018/05/11/le-terminologie-infermieristiche-standardizzate-nella-formazione-e-nell'esercizio-professionale-infermieristico-un'indagine-italiana/>

<https://www.scienzeinfermieristiche.net/i-modelli-teorici-di-riferimento-e-i-linguaggi-standardizzati-quali-utilizzare-7/>

<https://www.assocarenews.it/home/infermiere-comunicatore-e-importanza-del-linguaggio-tesi-della-dottoressa-martina-bellini>

«Trasferire efficacemente informazioni e responsabilità attraverso le consegne: revisione della letteratura» – Assistenza Infermieristica e Ricerca 31:91-101

«Il passaggio della consegna infermieristica, ne abbiamo davvero bisogno? Alla ricerca di opportunità di miglioramento» – rivista L'Infermiere n. 4/ 2014