



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TRIESTE

ELEMENTI DI INFERMIERISTICA PRATICA DI BASE IN FARMACIA

DOTT. VALDI D'ODORICO

PROFILO PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE

D.M. 14 settembre 1994, n. 739

1. L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.
2. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

3. L'infermiere:

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;
- g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.

4. L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

5. La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:

- a) sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica;
- b) pediatria: infermiere pediatrico;
- c) salute mentale-psichiatria: infermiere psichiatrico;
- d) geriatria: infermiere geriatrico;
- e) area critica: infermiere di area critica.

L'Infermiere diventa quindi un essere pensante, dotato di una scienza e di una coscienza.

Per la prima volta, l'infermiere viene identificato quale operatore sanitario, vedendo finalmente scomparire il carattere di ausiliarità accostato fino al 1994 alla professione infermieristica.

A seguito del **DM 739/94** quindi, l'infermiere diventa un professionista sanitario e come tale acquisisce l'onere della responsabilità giuridica del proprio operato, **responsabilità che può essere di natura penale, civile e disciplinare.**

Veniamo ora ad uno dei punti "cruciali" del comma 3 del **DM 739/94**: **"per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera di personale di supporto"**. Quanto affermato in questo punto evidenzia forse in maniera più lampante il passaggio da arte ausiliaria a professione, poiché ora è l'infermiere a potersi avvalere dell'opera di personale di supporto ed occorre precisare che quando il **DM 739/94** afferma "ove necessario", si intende "ove il professionista infermiere lo ritenga necessario", sottintendendo un'**autonomia decisionale** dell'infermiere nella disposizione di interpellare l'ausilio di altre figure.

CODICE DEONTOLOGICO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Quando ci avviciniamo alla persona assistita, bisogna essere in grado di sostenere ogni nostra azione e ogni nostra scelta con dati scientifici, con la nostra disciplina, con discernimento cognitivo, con metodi e strumenti propri, che siano scale di valutazione, processi diagnostici, clinici-assistenziali, analisi dei rischi, valutazione dei bisogni nella loro complessità. Bisogna comprendere se quell'attività attiene alla disciplina infermieristica o se è un'attività che il professionista ritiene possa attribuire a qualcun altro.

ART. 1 - VALORI

L'Infermiere è il professionista sanitario, iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche, che agisce in modo consapevole, autonomo e responsabile. È sostenuto da un insieme di valori e di saperi scientifici. Si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza.

ART. 2 - AZIONE

L'Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca.

ART. 7 - CULTURA DELLA SALUTE

L'Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività.

ART. 12 - COOPERAZIONE E COLLABORAZIONE

L'Infermiere si impegna a sostenere la cooperazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura, adottando comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo assistenziale.

ART. 13 - AGIRE COMPETENTE, CONSULENZA E CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI

L'Infermiere agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, alla consulenza e all'intervento di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo i suoi saperi e abilità a disposizione della propria e delle altre comunità professionali e istituzioni. Partecipa al percorso di cura e si adopera affinché la persona assistita disponga delle informazioni condivise con l'equipe, necessarie ai suoi bisogni di vita e alla scelta consapevole dei percorsi di cura proposti.

AUTONOMIA DELL'INFERMIERE

L'**infermiere** in autonomia, si muove in una sfera che si affaccia verso un terreno confinante, quello della pratica medica. Ma in alcuni casi potrebbe sembrare che l'esecutore (infermiere) prevarichi e si sostituisca al prescrittore (medico) contrastandone la decisione fino a bloccarla e a non eseguirla. In verità un'autonomia responsabile guida sempre l'infermiere a decidere in virtù della posizione di garanzia a protezione del bene salute.

La Legge 42/1999 abolendo l'aggettivo "ausiliaria" che dal 1934 accompagnava l'elemento di "professione sanitaria", spinge di fatto verso l'**autonomia dell'infermiere** concettuale che verrà definita da ulteriori disposizioni legislative. Da questo momento infatti nessuna professione sanitaria è subordinata ad un'altra. La competenza limite è data dal profilo professionale (e non più dal mansionario), dall'ordinamento universitario e formativo post-base, dal codice deontologico.

Il concetto di autonomia si trasforma per certi versi, pur rimanendo legato ad un senso positivo dell'azione decisoria che rientra nelle competenze dell'infermiere. In questo specifico caso si trovano ad essere sullo stesso piano e a convivere, la commissione e l'omissione di un fatto, quasi in antinomia (rapporto di contraddizione, decide di non decidere). In altre parole, l'infermiere che deve eseguire la somministrazione, decide di omettere la procedura (di non effettuarla), a protezione del paziente, essendo investito il professionista della **posizione di garanzia**.

MA PERCHE' PUO' FARLO.....

Perché avendo il dovere di proteggere e vigilare sul bene salute dell'assistito, si accorge in quel dato momento che con l'omissione della somministrazione può evitare danni, può salvare la vita al "malato".

Con la L.251/2000 all'infermiere si apre lo scenario dell'autonomia. Secondo l'art.1 le funzioni menzionate nel D.M. 739/94 possono essere tutte svolte in autonomia cioè su *iniziativa personale*, ad eccezione di una, che riguarda la prescrizione medica. Solo il medico può prescrivere e solo l'infermiere può effettuare la somministrazione.

Ma l'infermiere ora rappresenta un nuovo punto di riferimento per quanto riguarda la protezione della salute dell'assistito, può quindi far valere il suo "arbitrio" con accurate forme di comportamento.

UN ESEMPIO PRATICO.....

L'infermiere non può opporsi ad una scelta medica riguardo alla terapia, ma deve poter dire la sua su eventuali errori notati, ed inoltre sulla congruità o la pertinenza della terapia.

Infatti l'atto della somministrazione non può essere considerato un atto meccanicistico, ma entra in un ambito di collaborazione con la figura medica.

Se l'infermiere nota degli errori:

- incompatibilità tra farmaci;
- errori vari (dosaggio, errata via di somministrazione, errata velocità infusione, ecc.);
- incompatibilità tra patologia e farmaco prescritto;
- allergie annotate in cartella o conosciute

è obbligato nell'immediato a bloccare la somministrazione ed avvisare il medico il quale rivaluterà il dovuto.

E ANCORA.....

Nel momento in cui il medico ha effettuato il proprio esame obiettivo in un punto, che potremmo definire "X" oppure "0", cioè il momento da cui tutta la catena degli eventi è partita:

- il medico all'esame obiettivo si rende conto, valuta, attesta una data condizione del paziente. Prescrive un farmaco sempre riferito alla condizione valutata nel momento "0".
- L'infermiere prende atto della prescrizione e si adopera ad eseguirla. Nel contempo si accorge di cambiamenti delle condizioni cliniche (parametri vitali) applicando una sua personale diagnosi infermieristica. Si astiene dalla somministrazione, non esegue la prescrizione medica. Avvisa il medico della variazione dell'assetto emodinamico del paziente al fine di rivalutare con esame obiettivo la nuova condizione e riformulare la prescrizione.
- Il medico rivaluta la nuova condizione dell'assistito ed emette nuova diagnosi con nuova prescrizione all'infermiere.

NEL CONTESTO PRATICO QUINDI L'INFERMIERE IN AUTONOMIA CHE COSA PUO' FARE.....

- Tutto quello che non prevede una prescrizione medica
- Tutto quello che non prevede la formulazione di una diagnosi clinica medica
- Tutto quello che rientra nel profilo professionale dell'infermiere
- Tecniche invasive di competenza infermieristica

...

- Rilevazione parametri vitali, prelievi ematici venosi/arteriosi, prelievi capillari, posizionamento accessi venosi periferici, SNG, cateteri vescicali, ECG, medicazioni semplici e complesse, sostituzioni presidi stomali, clismi etc etc...
- Somministrazione in autonomia di terapia al bisogno (EV, IM, SC).....
- Tutto quello che prevede il profilo infermieristico
- Tutto quello che prevede un azione in urgenza (BLS/D)

TECNICHE INFERMIERISTICHE IN AUTONOMIA ALLARGATE AI FARMACISTI

- Rilevazione parametri vitali
- Misurazione glicemia
- Esecuzione ECG
- Somministrazione vaccini
- Medicazioni semplici
- Riconoscere segni e sintomi di patologie gravi da inviare al pronto soccorso

PARAMETRI VITALI

La **rilevazione dei parametri vitali** è una componente importante dell'attività infermieristica; i segni vitali fanno parte della serie di dati raccolti dagli infermieri durante l'accertamento, o durante il monitoraggio dei pazienti che per svariate motivazioni necessitano di un continuo aggiornamento dei parametri.

Essi rappresentano una modalità veloce ed efficace per valutare le condizioni del paziente ed identificare la presenza di problemi o la risposta del paziente ad alcuni interventi.

Convenzionalmente con il termine **parametri vitali** ci si riferisce alla misurazione di:

- Frequenza Cardiaca (**FC**);
- Pressione Arteriosa (**PA**);
- Temperatura corporea (**T°**);
- Frequenza respiratoria (**FR**);

ma le condizioni cliniche dei pazienti richiedono osservazioni anche di altri parametri, come:

- stato di coscienza;
- peso corporeo;
- stato emotivo;
- dolore;
- stato di cute e mucose;
- pulsossimetria.

La **pressione arteriosa** è la pressione che il cuore esercita per far circolare il sangue nel corpo e si misura in millimetri di mercurio (mmHg). Il valore della pressione è dato da due numeri: il primo è la pressione sistolica, il secondo la diastolica.

- **Pressione arteriosa sistolica:** si misura al momento in cui il cuore si contrae e pompa il sangue nelle arterie.
- **Pressione arteriosa diastolica:** si misura tra due contrazioni, mentre il cuore si rilassa e si riempie di sangue.

Si considera “desiderabile” una pressione che non supera i 120 mmHg per la sistolica e gli 80 mmHg per la diastolica.

La **frequenza cardiaca** rappresenta il numero di volte in cui il cuore batte in un minuto; viene in genere misurata in condizioni basali, ossia quando si è rilassati, seduti o sdraiati, da almeno cinque minuti.

I valori a riposo variano significativamente da persona a persona, ma si tratta di un indicatore in grado di fornire preziose informazioni sullo stato di salute dell'organismo; per gli adulti una normale frequenza cardiaca a riposo varia tra 60 e 100 battiti al minuto, ma valori inferiori indicano generalmente che il cuore lavora in modo particolarmente efficiente ed è più in forma (molti atleti presentano valori a riposo di circa 40 battiti al minuto).

La **saturatione** di ossigeno è un parametro che riflette la percentuale di molecole di ossigeno legate all'emoglobina (ossi-emoglobina), permettendo così di stabilire lo stato di ipossimemia (ridotta quantità di O_2 disponibile nel sangue).

La **saturatione** di ossigeno è considerata nella norma quando i valori risultano superiori al 95%, mentre inizia a diventare patologica se pari o inferiore al 90%. Se il saturimetro evidenzia indici inferiori al 95%, si parla d'ipossia, che può essere lieve (tra 91-94%), moderata (tra 86-90%) e grave (pari o inferiori all'85%).

La **glicemia** è il valore della concentrazione di glucosio nel sangue. In condizioni normali, **la glicemia deve essere inferiore a 100 mg/dl.**

Nei soggetti non affetti da diabete o altre alterazioni del metabolismo degli zuccheri la **glicemia a digiuno**, dopo cioè almeno 8 ore di digiuno, è **generalmente compresa tra 60-99 mg/dl**, mentre **dopo un pasto**, per quanto abbondante, **la glicemia raramente supera i 140 mg/dl.**

La determinazione della glicemia si può effettuare sul sangue venoso (esame di laboratorio) oppure sul sangue capillare usando il glucometro avendo il risultato in pochi secondi (si preleva una goccia di sangue capillare dal polpastrello tramite la puntura di una lancetta pungidito).

L'**elettrocardiogramma**, o **ECG**, è un esame diagnostico, che prevede l'utilizzo di uno strumento capace di registrare e riportare graficamente il ritmo e l'attività elettrica del cuore.

Lo strumento per l'elettrocardiogramma è l'elettrocardiografo.

L'elettrocardiogramma permette di rilevare diverse condizioni cardiache, tra cui le aritmie, un infarto del miocardio, un'anomalia dell'atrio o del ventricolo cardiaco, una sofferenza coronarica ecc.

Inoltre, consente di valutare il funzionamento di un pacemaker o di un defibrillatore impiantabile, in tutti quei soggetti che sono portatori di dispositivi per la normalizzazione del ritmo cardiaco.

Per eseguire l'elettrocardiogramma basale, o standard, il paziente, a riposo, viene fatto sdraiare su un lettino. Si applicano gli elettrodi (4 agli arti - braccio sinistro, braccio destro, gamba sinistra e gamba destra, e 6 al torace); gli elettrodi sono collegati all'apparecchio di registrazione, l'elettrocardiografo, che rappresenta graficamente su carta quadrettata l'attività elettrica del cuore.

Le medicazioni semplici sono applicazioni effettuate sulla cute lesionata o sulla ferita chirurgica. Sono una sequenza di azioni atte a proteggere e curare una ferita non complicata da drenaggi, con secrezione minima, senza perdita di sostanza e che guariscono di prima intenzione.

Le medicazioni vengono effettuate sulla cute interrotta nella sua continuità per: una ferita traumatica; Una ferita chirurgica; Dovuta ad altra lesione; Su cute integra a rischio di interruzione o alterazione per ragioni di diversa natura. Le medicazioni possono essere diverse per tipologia di materiali utilizzati e per modalità di applicazione in relazione al tipo di ferita/lesione per la quale trovano indicazione.

Scopo della medicazione è di favorire e/o promuovere la guarigione della ferita, protezione della ferita dagli agenti esterni, protezione dell'ambiente esterno dalla contaminazione (potenziale) da parte di microrganismi presenti su alcune ferite o nei secreti delle medesime.

Finalità delle medicazioni:

Protettiva: ad esempio nella ferita chirurgica. In questo caso gli scopi della medicazione sono quelli di proteggere la ferita da contaminazioni esterne, mantenere le condizioni congrue alla guarigione e la protezione da traumi meccanici;

Curativa: ad esempio nelle lesioni da compressione. La medicazione, accanto alla protezione, della lesione da contaminazione esterna e da ulteriori traumi meccanici, ha lo scopo, attraverso l'applicazione di prodotti specifici, di promuoverne la guarigione;

Preventiva: ad esempio le applicazioni effettuate in tutte le zone sottoposte a frizione, stiramento e pressione(sacro, talloni, malleoli, glutei, ecc.) nelle persone costrette, per cause diverse, ad un prolungato allettamento;

Di copertura: ad esempio per mantenere in sede un unguento, una crema, un gel o una pasta applicati per ridurre e/o contenere alterazioni cutanee, quali tumefazioni o arrossamenti di diversa natura.

Sono da considerarsi **medicazioni complesse**, eseguibili solo dall'infermiere quindi, quelle curative e protettive. La complessità è determinata dalla frequenza, dalla modalità di esecuzione e dalla necessità di una sistematica, attenta e mirata valutazione dell'area interessata.

N.B. UNGUENTI O CREME CONTENENTI ANTIBIOTICI O FARMACI ANCHE SE UTILIZZATI SU FERITE CHE PREVEDONO UNA MEDICAZIONE SEMPLICE, NECESSITANO DI UNA PRESCRIZIONE MEDICA SUL FARMACO UTILIZZATO

COSA PUO' ACCADERE NELLA MIA FARMACIA??

- Estate, caldo torrido, cliente anziano perde coscienza in farmacia
- Inverno, temperature basse, cliente perde coscienza in farmacia
- Cliente in farmacia riferisce improvvisamente giramento di testa, senso di obnubilamento, orecchie tappate
- Cliente riferisce fame d'aria, cute pallida e sudata
- Cliente anziano o bambino cadono fuori dalla farmacia o all'interno della farmacia, ferendosi alle ginocchia o sui gomiti
- Cliente riferisce di aver subito un intervento chirurgico addominale un mese prima e riferisce di avvertire la ferita chirurgica calda arrossata secernente

GRAZIE PER L'ATTENZIONE