

Il ruolo infermieristico nell'assistenza del paziente FC

INFERMIERI



CON IL CUORE, CON LE MANI!



© Can Stock Photo - csp12259644



Infermiere

- ❑ **L'infermiere** è l'operatore sanitario che si occupa di **assistenza infermieristica** preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa.
- ❑ L'assistenza sanitaria fornita dall'infermiere al paziente è di natura tecnica, **relazionale**, educativa.

Assistenza e presa in carico

L'assistenza infermieristica ad oggi consiste essenzialmente nel prendersi carico delle conseguenze della malattia di tipo fisiologico, psicologico e sociale sul vivere quotidiano e sull'autonomia della persona considerata nella sua totalità e soggettività;

si caratterizza per un complesso insieme di attività nelle quali è possibile riconoscere una dimensione tecnica ma anche e soprattutto relazionale ed educativa.

Formazione percorso storico

In Italia

Il concetto di assistenza infermieristica si basa su due pilastri, quali la competenza tecnica e l'ideale di servizio

Congregazioni religiose si applicano efficacemente all'assistenza conformando più l'*ideale di servizio*



La *nascita* della *Croce Rossa Italiana* avvicina donne socialmente *elevate* e di *buona cultura* che non intendono l'assistenza remunerabile



Le prime scuole infermieristiche italiane si pongono l'obiettivo di formare *infermiere* e *non direttrici* per riprodurre il modello scolastico

Accordo di Strasburgo vennero definiti:

1973

- ✧ Le **funzioni** dell'infermiere
- ✧ I **requisiti minimi di istruzione** per l'ammissione alle scuole (10 anni di scolarità)
- ✧ La **durata** del corso
- ✧ Le **materie di insegnamento** di cui **almeno 1/3 di istruzione teorica**
- ✧ I **requisiti** delle **sedi** di tirocinio clinico
- ✧ I **requisiti** per l'**organizzazione delle scuole** (direzione, corpo insegnante)
- ✧ Le **modalità di controllo degli studi.**



Legge 26 febbraio 1999, n. 42 – Disposizioni in materia di professioni sanitarie.



Legge 26 febbraio 1999, n. 42 – Disposizioni in materia di professioni sanitarie.

-La denominazione “professione sanitaria ausiliaria” ... è **sostituita** dalla denominazione “**professione sanitaria**”

-Sono **abrogati i mansionari**

-Il **campo proprio di attività e responsabilità** delle professioni sanitarie ... è **determinato dai contenuti ...:**

- Dai relativi Profili professionali
- Dagli Ordinamenti didattici dai rispettivi Corsi di laurea
- Dagli specifici Codici Deontologici



Decreto MURST
2 aprile 2001

Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie

Art. 1.2 –

Il presente decreto definisce ... le classi dei corsi di laurea per

1. le ***professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche***
2. della ***riabilitazione***
3. ***tecniche***
4. e ***della prevenzione.***

❓ **Laurea triennale**

❓ Per diventare infermieri bisogna frequentare un corso universitario di laurea triennale. La formazione è strutturata tenendo conto della crescente complessità dei pazienti assistiti e dell'evoluzione dei trattamenti (sia in ospedale che sul territorio), nella prospettiva di rendere la persona presa in carico o il familiare il più possibile autonomi.

❓ DI 2 aprile 2001;

❓ **Laurea magistrale**

- ❓ La laurea magistrale in Scienze infermieristiche deve fornire le basi per sviluppare a livello elevato, e in più contesti clinico-assistenziali, la capacità di analizzare i bisogni, pianificare, progettare e gestire interventi, valutare e fare ricerca

master

- ❑ I percorsi formativi post base che un infermiere può intraprendere è flessibile
- ❑ I master sono di primo livello (dopo la Laurea di base) e di secondo livello (dopo la Laurea specialistica)
- ❑ area critica, emergenza urgenza;
- ❑ geriatria;
- ❑ cure palliative;
- ❑ metodologie formative;
- ❑ counselling;
- ❑ terapia del dolore;
- ❑ infermieristica legale e forense;
- ❑ gestione del rischio clinico;
- ❑ infermieristica avanzata al paziente critico;
- ❑ management per le professioni sanitarie;
- ❑ infermiere di famiglia;
- ❑ strumentazione in sala operatoria;
- ❑ case management;
- ❑ ricerca infermieristica;
- ❑ ricerca clinica.
- ❑ Pediatria
- ❑ Coordinamento trapianti

❓ **Dottorato**

- ❓ Il Dottorato di ricerca in Scienze infermieristiche è un percorso di formazione universitaria triennale successivo alla Laurea Specialistica, che mira a fornire ai professionisti competenze avanzate e strumenti metodologici necessari per esercitare attività di ricerca e di alta qualificazione presso Università, enti pubblici e soggetti privati.

E' finalizzato all'approfondimento dello studio della disciplina e dalla ricerca applicata alle Scienze infermieristiche.

- ❓ I Dottorati di ricerca in Scienze infermieristiche attualmente attivati sono reperibili sul sito del MIUR, all

Iscrizione all'ordine delle professioni infermieristiche

☐ Codice deontologico



☐ Il Codice deontologico delle Professioni Infermieristiche

☐ *Approvato dal Comitato centrale della Federazione e dal Consiglio nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche riuniti a Roma nella seduta del 12 e 13 aprile 2019*



☐ Capo I

☐ Principi e valori professionali



☐ 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.

Ambiti in cui opera il professionista

- ❑ Ospedale :
- ❑ Reparto (assistenza h 24)con presa in carico totale
- ❑ ambulatorio: accettazione , esami terapie , gestione accessi vascolari, valutazione aderenza , riscontro di problematiche varie
- ❑ Altri settori quali coordinamento tx, settore infezioni ospedaliere
- ❑ Territorio :
- ❑ Ambulatori zonali , domicilio

Complessità del pz FC.



ELSEVIER

Journal of Cystic Fibrosis 13 (2014) S3–S22

Journal of **Cystic
Fibrosis**

www.elsevier.com/locate/jcf

Review



European Cystic Fibrosis Society Standards of Care: Framework for the Cystic Fibrosis Centre

Steven Conway ^{a,*}, Ian M. Balfour-Lynn ^b, Karleen De Rijcke ^c, Pavel Drevinek ^{d,e,f},
Juliet Foweraker ^g, Trudy Havermans ^h, Harry Heijerman ⁱ, Louise Lannefors ^j, Anders Lindblad ^k,
Milan Macek ^{l,m}, Sue Madge ⁿ, Maeve Moran ^o, Lisa Morrison ^p, Alison Morton ^q,
Jacqueliën Noordhoek ^r, Dorota Sands ^s, Anneke Vertommen ^t, Daniel Peckham ^u

Complessità e presa in carico

educazione e sostegno **psicosociale**, in particolare in momenti importanti al paziente e care giver come:

- ❑ notifica di un risultato di screening e diagnosi
- ❑ Gestione della terapia
- ❑ Controlli e problematiche ricorrenti
 - ❑ o primo ricovero in ospedale
- ❑ segregazione
- ❑ La somministrazione terapia endovenosa domiciliare
- ❑ Gestione degli accessi vascolari

- ❑ una seconda diagnosi (diabete per esempio CF-correlati)
 - transizione da pediatrica a cura degli adulti
 - problemi riproduttivi, pre e postnatale
 - problemi di trapianto e di fine del ciclo di vita
- ❑ Prestazioni di assistenza e di educazione a casa, per via endovenosa terapia antibiotica, la terapia del nebulizzatore, nutrizione enterale e la ventilazione non invasiva
- ❑ offerta di istruzione per conoscere CF, scuole, luoghi di istruzione e di lavoro più elevate

- ❑ **Educazione terapeutica:** non significa (solo) l'educazione sulla terapia ma assume il significato di educazione curativa proprio come una terapia.
- ❑ La relazione con il paziente , rapporto empatico

❓ Case manager

❓ **Prendersi carico:** vuol dire essere il punto di riferimento della persona assistita e la sua famiglia, indirizzarli durante il loro percorso diagnostico – terapeutico – assistenziale e guidarli nella selva burocratica del SSN.

❓ Un vero e proprio manager dell'assistenza. Prendersi carico dell'assistito non equivale alla somma delle varie attività manuali sull'assistito; ma la totalità della persona con le relative problematiche psico-emotive e relazionali

Infermiere CASE MANAGER FC



CASE MANAGER tx



Organici italiani

Tabella 1. Evoluzione della normativa per il minutaggio assistenziale.

Norma	Reparti di base	Media intensità	Terapie intensive
	Minuti di assistenza giornaliera per paziente		
DPR 128/69	120'		420'
Delib. CIPE 81/84	70'-90'	200'-240'	500'-600'
DM 13/9/1988	123'	186'-256'-349'	698'
DPR 14/1/97	120'	180'-240'-300'	600'
Nuovo modello	129'-140' 56'-60' oss	186'/547' 80'/248' oss	619'-903' 75'-308' oss

OSS: operatore sociosanitario

Disciplina (elencate in base ai codici Ministeriali)	DM 14/1/1997 Min/paz/die AssInferm.	Min INF/ paz/die MIN	Min/INF paz/die MAX	Min OSS/ paz/die MIN	Min OSS/ paz/die MAX
30 neurochirurgia	240	180	186	120	124
31 nido	120	140	182	60	78
32 neurologia	180	180	190	80	85
33 neuropsichiatria infantile	180	180	216	120	144
34 oculistica	120	118	140	67	80
35 odontoiatria e stomatologia	120	140	169	80	96
36 ortopedia e traumatologia	120	140	153	80	87
37 ostetricia e ginecologia	120	150	226	85	129
38 otorinolaringoiatria	120	140	181	80	104
39 pediatria + 31 nido + 62 neonatologia	180	147	220	63	95
40 psichiatria	240	224	280	96	120
43 urologia	120	134	140	76	80
46 - Grandi ustioni pediatriche	600	619	677	281	308
47 grandi ustioni	600	619	677	281	308
48 nefrologia (abilitato al trapianto di rene)	240	361	547	164	248
49 terapia intensiva	600	825	903	75	82
50 unità coronarica e 08 Cardiologia	600	596	600	74	75
51 Medicina e chirurgia d'accettazione e d'emergenza = standard	120	129	140	56	60
52 dermatologia	120	129	140	56	60
56 R.R.F.	160	87	92	88	93
58 gastroenterologia	120	157	241	68	104
60 lungodegenti	90	90	137	90	138
61 medicina nucleare	120	140	168	60	72
62 neonatologia (vedere 39 pediatria)	240	253	391	112	174
64 oncologia	180	180	239	80	106
65 oncoematologia	180	218	336	97	149
67 Pensionanti (multispecialistico)	120	129	154	56	66
68 pneumologia	120	140	154	60	66
69 radiologia	120	129	140	56	60
70 radioterapia	120	149	180	66	80
71 reumatologia	120	129	140	56	60
73 terapia intensiva neonatale	600	825	903	75	82
75 neuroriabilitazione	160	197	197	113	113

? Anche per l'ospedale il minutaggio non tiene in sufficiente
? considerazione le strutture organizzate con
? modelli assistenziali per intensità di cura. Ad esempio
? la Medicina ad Alta Intensità di Cura e la Broncopneumologia
? ricoverano pazienti ventilati meccanicamente,
? e questo giustifica gli infermieri apparentemente
? eccedenti. La Chirurgia Toracica, Epatobiliopancreatica
? (8 infermieri in eccesso) e l'Area Omogenea
? di Ematologia eseguono trapianti di polmone,
? fegato e midollo osseo, non riconosciuti per queste
? specialità come motivo di l'aumento del minutaggio
? assistenziale, mentre lo è il trapianto di rene, assistenzialmente
? meno complesso, con 180 minuti di assistenza
? infermieristica della nefrologia e 547 dei trapianti
? di rene.

? Il modello è a consuntivo e non predittivo, pertanto

- ❑ Quando il rapporto tra infermieri e pazienti è maggiore
- ❑ di 1/6 aumentano gli esiti negativi (mortalità a
- ❑ 30 giorni, cadute, errori di terapia, lesioni da pressione
- ❑ e riduzione della soddisfazione), le attività assistenziali
- ❑ previste e non svolte e il *burnout* del personale.
- ❑ Aggiungendo un paziente ad ogni infermiere
- ❑ (1 a 7) aumenta del 6% la mortalità e del 23% le cure
- ❑ mancate. Inoltre la presenza di personale di supporto
- ❑ superiore al 40% dello staff infermieristico diventa
- ❑ pericolosa e può determinare anch'essa un aumento
- ❑ della mortalità. Gli standard di organico
- ❑ del modello elaborato dal Ministero non consentono
- ❑ di arrivare al livello di staffing previsto dagli studi nei
- ❑ reparti di base.
- ❑ Infine il costo stimato dal modello appare elevato. La

- ❑ Il cambio di prospettiva ha prodotto una serie di studi
- ❑ svolti inizialmente negli USA, che valutano gli
- ❑ esiti dei pazienti e le variabili correlabili a questi.
- ❑ Analizzando
- ❑ i database di ricovero dei pazienti, gli esiti
- ❑ negativi (rientri a 30 giorni dalla dimissione, decesso
- ❑ intraospedaliero o a seguito di complicanze, *failure to*
- ❑ *rescue*, ecc), sono stati messi in relazione al numero
- ❑ di infermieri per posto letto. Altri studi^{23,24} hanno
- ❑ analizzato anche la composizione
- ❑ dello staff (presenza e numero di operatori di
- ❑ supporto), il livello di preparazione, il *burnout* del
- ❑ personale correlato al livello di soddisfazione dei
- ❑ pazienti, le cure non erogate per mancanza di tempo,
- ❑ confermando e rinforzando i risultati degli studi
- ❑ precedenti.

Table 1
Whole-time equivalents per clinic size: full-time paediatric patients^a.

The MDT	50 patients	150 patients	≥250 patients ^b
Consultant 1	0.5	1	1
Consultant 2	0.3	0.5	1
Consultant 3	–	–	0.5
Medical trainees	0.8	1.5	2
Specialist nurse	2	3	4
Physiotherapist	2	3	4
Dietitian	0.5	1	1.5
Clinical psychologist	0.5	1	1.5
Social worker	0.5	1	1
Pharmacist	0.5	1	1
Secretary	0.5	1	2
Database coordinator	0.4	0.8	1

^a Patients with CFTR-related disorders should not be counted.

Table 2
Whole-time equivalents per clinic size: full-time adult patients^a.

The MDT	100 patients	150 patients	≥250 patients ^b
Consultant 1	0.5	1	1
Consultant 2	0.3	0.5	1
Consultant 3	–	–	0.5
Staff grade/fellow	0.5	1	1
Specialist registrar	0.4	0.8	1
Specialist nurse	2	3	5
Physiotherapist	2	4	6
Dietitian	0.5	1	2
Clinical psychologist	0.5	1	2
Social worker	0.5	1	2
Pharmacist	0.5	1	1
Secretary	0.5	1	2
Database coordinator	0.4	0.8	1

^a Patients with CFTR-related disorders should not be counted.

^b See footnote in Table 1.

Bornout del personale sanitario

burnout è una risposta disfunzionale allo stress, l'esito patologico di un processo stressogeno che può colpire in ambito lavorativo

Il **burnout** si ripercuote a livello professionale e relazionale, incidendo negativamente sulla prestazione lavorativa e sui **rapporti interpersonali** sia con l'utenza che con i colleghi. Questo può alimentare frustrazione, **disistima** di sé e ulteriore **delusione** rispetto a quei valori e aspettative precedentemente riposti nel proprio ruolo lavorativo e all'importanza personale e sociale ad esso riconosciuta.

Il burnout infatti colpisce soprattutto coloro che svolgono professioni di aiuto o assistenza alla persona

Maslach e Leiter (2017) hanno individuato in particolare **6 fattori di rischio** che contribuiscono al verificarsi del burnout:

- > **carico di lavoro** (un sovraccarico di lavoro impedisce alla persona di espletare le proprie mansioni in modo soddisfacente);
- > **controllo** (il rischio di burnout diminuisce se la persona percepisce di avere un certo grado di controllo sugli eventi e di poter decidere in autonomia su parte dell'organizzazione del proprio lavoro);
- > **ricompensa** (riconoscimenti economici, sociali e istituzionali del proprio lavoro);
- > **equità** delle decisioni sul luogo di lavoro
- > **valori** (il rischio aumenta se è presente un divario fra i valori della persona e quelli dell'organizzazione).

Conclusioni

La professione infermieristica è meravigliosa perché unisce competenza, capacità tecnica e relazionale, tassello fondamentale nel team multidisciplinare delle cure del paziente FC





“Estate 2010:
A 2000 mt.
respiro la vita!”

Erminia
rinata il 18-04-2005



“DONARE UN ORGANO
E' DONARE UNA VITA
E' una campagna di
beneficenza che ha ideato
un mio amico
di Padova ed è una frase
che mi piace tantissimo.”

Gloria
rinata il 15-05-2013



www.windowab.it

grazie

- **Analisi dei rischi del lavoro stress-correlato**
- **Risultati**
- **Interventi sul team multidisciplinare**



