

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI GENOVA

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

POLO DI LA SPEZIA

TESI DI LAUREA

EMODIALISI:

LO SPETTRO-AMICO

RELATORE

FRANCO ANDREANI

CANDIDATO

PATRIZIA NUNZIANTE

A. A. 2002/03

INDICE

	<u>PAG.</u>
	<u>PREFAZIONE</u>
	1
	 <u>INTRODUZIONE</u>
	 <u>4</u>
	 CAP. 1 I MODELLI INFERMIERISTICI
★ 1.1 LA TEORIA DI D. OREM	6
★ 1.2 IL PRIMARY CARE	13
★ 1.3 LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA	16
	 <u>CAP. 2 GLI STRUMENTI INFERMIERISTICI</u>
★ 2.1 PREMESSA	20
★ 2.2 LA CARTELLA INFERM. INTEGRATA	22
★ 2.3 IL QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE	
	 <u>MULTIDIMENSIONALE</u>
	 <u>23</u>
★ 2.4 LA SCALA DI AUTOVALUTAZIONE DELLA DEPRESSIONE	31
★ 2.5 IL CONTRATTO PEDAGOGICO	32
✿ 2.5.1 <i>Destinatario</i>	38
✿ 2.5.2 <i>Obiettivi Pedagogici</i>	43
✿ 2.5.3 <i>Principi dell'apprendimento</i>	44
✿ 2.5.4 <i>Contesto educativo e comodità dei metodi</i>	45
★ 2.6 LINEE GUIDA/PROCEDURE/PROTOCOLLI	46
✿ 2.6.1 <i>Linee Guida</i>	46
✿ 2.6.2 <i>Procedura</i>	47
✿ 2.6.3 <i>Protocollo</i>	48

✿ 2.6.4	<i>Considerazioni generali</i>	49
---------	--------------------------------	----

**CAP. 3 PASSAGGIO DALLA TERAPIA
CONSERVATIVA ALLA TERAPIA
SOSTITUTIVA**

★ 3.1	PROBLEMATICHE CLINICHE	50
★ 3.2	PROBLEMATICHE PSICO-SOCIALI	54
★ 3.3	L'AMBULATORIO DI PRE-DIALISI LA PRESA IN CARICO CONGIUNTA	57
✿ 3.3.1	<i>Riunione preliminare</i>	57
✿ 3.3.2	<i>Pianificazione della Fase 1 Informazione/accettazione</i>	62
✿ 3.3.3	<i>I° Incontro/L'attuazione</i>	65
✿ 3.3.4	<i>Cartella Infermieristica di Pre-Dialisi</i>	79
✿ 3.3.5	<i>Pianificazione della Fase 2 La scelta consapevole</i>	85
✿ 3.3.6	<i>II° Incontro/ L'attuazione</i>	88
★ 3.4	LA CREAZIONE DELL'ACCESSO VASCOLARE	105
✿ 3.4.1	<i>Pianificazione della Fase 3 La creazione della FAV</i>	105
✿ 3.4.2	<i>Pianificazione della Fase 4 L'accettazione della FAV</i>	114
★ 3.5	CONSIDERAZIONI GENERALI	116
★ 3.6	PIANIFICAZIONE DELLA FASE 5 L'EDUCAZIONE SANITARIA	118
✿ 3.6.1	<i>L'autogestione dello shunt</i>	120
✿ 3.6.2	<i>L'autogestione di alimentazione/idratazione/ controllo ponderale</i>	124
★ 3.7	L'ULTIMO INCONTRO DI PRE-DIALISI	138

**CAP. 4 L'ASSISTENZA NEL
TRATTAMENTO EMODIALITICO**

★ 4.1	LA II° PRESA IN CARICO LA CARTELLA INFERMIERISTICA DI EMODIALISI	140
✿ 4.1.1	<i>Pianificazione della Fase 1 L'accettazione della T. Sostitutiva</i>	143
✿ 4.1.2	<i>Pianificazione della Fase 2</i>	

La gestione della seduta dialitica 152

CONCLUSIONI 173



PREFAZIONE

**“Aiutare il prossimo.....
Curare il paziente, oltre che la malattia.
Dobbiamo tuffarci nelle persone,
navigare nel mare dell’umanità”¹**

La dialisi è la terapia sostitutiva della funzionalità renale e consiste in un processo chimico-fisico, per cui alcune molecole disciolte in un mezzo liquido, passano ad un altro mezzo liquido, detto bagno di dialisi, attraverso una membrana semipermeabile.

I suoi obiettivi sono:

I) depurare il plasma dei prodotti azotati derivanti dal metabolismo proteico e presenti in alte concentrazioni, nello stato uremico.

II) Riequilibrare il bilancio idro-elettrolitico ed acido-base.

Questo e molto altro è quanto si apprende dai libri: tutto appare molto semplice, meccanico.

Ma proviamo, per un momento, ad immaginare di essere sdraiati su quel letto, con la nostra fistola pulsante, pronta per essere bucata e reinterpretiamo la definizione:

¹ Da “PATCH ADAMS” di TOM SHADYAC. 1998 UNIVERSAL STUDIOS

“ la dialisi è un sistema con il quale mi vengono sottratte tossine, facendo passare il mio sangue, fuori dal mio corpo, attraverso un tubo, che lo porta ad un macchinario ultra-sofisticato, pieno di sigle, luci lampeggianti e suonerie, che me lo restituisce pulito.”

“Tale macchinario è il mio rene! La mia vita, durante le ore della seduta, dipende dal suo funzionamento ottimale, dall’attenta

sorveglianza e dalla destrezza del personale infermieristico.”

Non solo: “ la mia sopravvivenza è legata indissolubilmente al rene artificiale, a meno che non faccia il trapianto, sempre che funzioni”.

Questo è quello che ho pensato, varcando per la prima volta, la soglia dell’U.O. di EMODIALISI, come tirocinante.

Immaginavo di leggere paura, preoccupazione, sconforto, rassegnazione negli occhi delle persone in trattamento.

Invece, buona parte di esse esprimeva serenità, partecipazione, sicurezza ed il clima era cordiale.

Ho notato che le persone che avevano accettato meglio il loro destino e si dimostravano attive e consapevoli, sviluppavano in misura minore o non sviluppavano per niente complicanze, quali ad esempio crisi ipotensive e crampi muscolari.

Allora mi sono chiesta, come si può ottenere il consolidamento di comportamenti positivi, in malati reduci da un passato , reso difficile dall’IRC, partecipi di un presente limitante e con un futuro incerto.

Mi sono guardata intorno e ho trovato la risposta nel personale infermieristico, nel connubio fra elevate competenze tecniche (saper fare) e ottime qualità umane (saper essere).

Di qui la scelta dell'emodialisi come argomento di tesi.

L'infermiere esprime le sue competenze a 360°, la sua autonomia e qualificazione raggiungono livelli altissimi.

Egli si trova di fronte una gamma di persone, che segue giorno dopo giorno, imparando a conoscere ogni atteggiamento e cercando di educare l'utente e la famiglia, sui migliori comportamenti e atteggiamenti da tenere.

Quindi le qualità da possedere sono, oltre ad un'indiscutibile professionalità, rinforzata attraverso l'aggiornamento permanente, il saper ascoltare, il saper informare, la competenza e l'affidabilità.

La persona dializzata esprime l'esigenza di essere informata su tutto ciò che la riguarda e solo per mezzo della nostra disponibilità ad esaudirla, si può sviluppare in essa senso di competenza e consapevolezza.

Direi che molto si gioca sul terreno del rapporto umano, terreno difficoltoso e ad alto rischio, proprio per il clima di confidenza che si instaura a causa della protratta conoscenza e dei ripetuti contatti.

L'infermiere mette in campo tutto se stesso e solo attraverso una profonda conoscenza e controllo delle proprie reazioni ed emozioni, può garantire una relazione terapeutica efficace.

INTRODUZIONE

“I pazienti si aprono con me.....

Mi confidano i sogni, le fantasie.....

**E, se tocchi il tasto giusto, si illuminano,
sia pure per un momento.**

**Dimenticano completamente la malattia,
neanche sentono più il dolore.....”²**

*Basandomi sui presupposti dianzi esposti, ho trattato
l'argomento*

*in modo tale, che non rappresenti una mera estrapolazione di
dati e informazioni da trattati medico-scientifici, pur non
prescindendo da essi.*

*Inizierò con una parte più propriamente **TEORICA**, in cui
descriverò i **modelli infermeristici** che, secondo me, meglio si
adattano all'argomento in questione e cioè la **TEORIA DELLA
OREM** ed il **PRIMARY CARE**; analizzerò poi gli **strumenti**, che
possono e devono aiutare l'infermiere, nello svolgimento della
propria attività: **LA CARTELLA INFERMIERISICA,**
IL QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE
MULTIDIMENSIONALE, IL CONTRATTO EDUCATIVO,
PROTOCOLLI, PROCEDURE E LINEE GUIDA.*

² Da “PATCH ADAMS” di TOM SHADYAC. 1998 UNIVERSAL STUDIOS

*Passerò quindi alla parte **APPLICATIVA** di tali elementi, in cui, grazie all'integrazione di essi, tratterò l'aspetto **pratico-relazionale**. Descriverò, così il percorso terapeutico ed assistenziale di una persona, Luca, che ho avuto modo di seguire, durante il mio periodo di tirocinio, quale esempio vivo e reale della pianificazione personalizzata. Entreremo nel mondo di Luca, considerato nella sua individualità ed umanità, dal momento della sua "**presa in carico**", cioè dalla **FASE DI PRE-DIALISI**, in cui vengono poste le basi portanti della successiva terapia sostitutiva. e proprio questo sarà il fulcro della tesi, la parte più ampiamente trattata, perché, secondo me, fondamentale per garantire **accettazione e coinvolgimento**, pilastri del benessere bio-psico-sociale. Infatti, non ci sono macchine altamente sofisticate, né nefrologi di fama mondiale, che possono impedire il declino inesorabile, dello "stato di salute" della persona, se non c'è collaborazione da parte di quest'ultima. Essa dovrà trovare in noi e nella Dialisi degli alleati, per poi diventare alleata nostra, della Terapia Sostitutiva, ma soprattutto alleata di se stessa, per garantirsi, non una triste sopravvivenza a termine, ma una vita piena e soddisfacente.*

Alcune nozioni di carattere medico-scientifico, saranno volutamente semplificate, perché saranno dirette ad informare Luca e non gli "addetti ai lavori", attraverso un processo di rielaborazione, capace di adattare tali conoscenze ad un livello di comprensione medio.

Attraverso tali strategie intendo, non banalizzare, ma conferire un'impronta umana e personale alla mia tesi, in modo che da

essa emergano non solo nozioni ma anche sentimenti ed il saper fare si intersechi con il saper essere, la teoria diventi pratica, le nozioni si trasformino in conoscenze utili, ma, soprattutto, voglio stare dalla parte di Luca, per assicurargli dignità ed una migliore qualità di vita.

CAP. 1

I MODELLI INFERMIERISTICI



-“Voglio il riconoscimento.....!”-
-“E lo avrai....., tutti i giorni.....,
negli occhi dei pazienti.....”-³

★ 1.1 LA TEORIA DI DOROTHEA E. OREM

D. E. Orem nel 1956 scrisse: “ l’arte del nursing è praticata operando per persona disabile, aiutandola ad operare da sola o aiutandola ad imparare a fa da sola”.

In questa frase c’è l’essenza della teoria del “Self-Care”, in quanto contiene in sé i concetti fondamentali “dell’aiutare, operare, imparare”, sempre attuali ed ottimamente applicabili all’assistenza in Dialisi.

Tale modello concettuale si può schematizzare in 3 teorie, in relazione tra loro:

1) LA TEORIA DELL’AUTOASSISTENZA, che descrive e spiega la **CURA DI SE’ (SELF-CARE)**.

IL SELF-CARE è l’insieme delle attività, che le persone compiono, per mantenere la propria vita, salute e benessere.

I **REQUISITI DELL’AUTOASSISTENZA** sono gli scopi raggiunti, attraverso le azioni di cura di sé e si dividono in 3 categorie:

³ Da PATCH ADAMS di TOM SHAYAC. 1998 UNIVERSAL STUDIOS.

- REQUISITI UNIVERSALI, comuni a tutti gli esseri umani, comprendono:

- mantenimento dell'aria
- “ “ acqua
- “ del cibo
- “ dell'attività/riposo
- “ “ interazione sociale/solitudine
- prevenzione dei pericoli
- promozione del funzionamento umano

Le attività che garantiscono tali requisiti, determinano le condizioni per il mantenimento della struttura umana e del suo funzionamento, favorendo salute positiva e benessere.

- REQUISITI EVOLUTIVI, favoriscono i processi della vita e della maturazione.
- REQUISITI DEI PROBLEMI DI SALUTE, si hanno in caso di malattia.

La malattia non colpisce solo strutture specifiche del corpo umano, fisiche o psichiche ma anche il “funzionamento umano integrato”.

Questo provoca una diminuzione della capacità di agire della persona, che passa da una situazione di agente dell'autoassistenza, a quella di assistito.

La ricerca di cura e la partecipazione alla stessa, si possono definire azioni di autoassistenza, che portano sollievo a dolore, disagio, frustrazione.

Quindi, le persone con problemi di salute, devono diventare competenti, nel far funzionare un sistema di

autoassistenza e nell'applicare conoscenze mediche alla loro cura.

- **RICHIESTA DI AUTOASSISTENZA TERAPEUTICA** è l'insieme delle azioni di autoassistenza, che si eseguono per ottenere i requisiti di autoassistenza, con metodi validi, operazioni e azioni, collegate tra loro.

2) **TEORIA DELLA MANCANZA DI AUTOASSISTENZA**, si ha quando l'azione di autoassistenza non è adeguata per soddisfare la richiesta di autoassistenza terapeutica. Essa determina gli interventi di nursing.

- **AZIONE INFERMIERISTICA**, è l'assistenza che l'infermiere, con competenze professionali, eroga per compensare o aiutare a superare le mancanze di autoassistenza, dovute allo stato di salute.

3) **TEORIA DEI SISTEMI INFERMIERISTICI**: si hanno quando gli infermieri prescrivono, progettano o erogano il nursing, tramite azioni singole o sistemi di azioni.

Tali Sistemi aiutano gli individui ad attivare l'autoassistenza e soddisfano i requisiti di autoassistenza, in modo terapeutico.

- ◆ **SISTEMI INFERMIERISTICI DEL TUTTO COMPENSATIVI**: sono necessari quando l'infermiere compensa la completa inabilità della persona ad impegnarsi in attività di autoassistenza.

- ◆ **SISTEMI IN PARTE COMPENSATIVI:** l'infermiere e la persona eseguono insieme interventi di assistenza.
- ◆ **SISTEMI EDUCATIVI/DI SOSTEGNO:** si hanno quando la persona è in grado di eseguire o può imparare ad eseguire azioni di autoassistenza terapeutica.
- ◆ **METODI DI ASSISTENZA:**
 - agire o fare per
 - guidare
 - insegnare
 - sostenere
 - offrire un ambiente di sviluppo

A questo punto, si dimostra l'applicazione di tale teoria all'assistenza alla persona in Emodialisi, attraverso uno schema esemplificativo, che verrà poi utilizzato in seguito, come modello, nella pianificazione dell'assistenza di Luca.

Si premette, che ovviamente, tale schema è valido per una persona autosufficiente, vigile e collaborante.

In tutti gli altri casi le attività slitteranno da un Sistema all'altro, a seconda delle risorse della persona assistita.

SCHEMA CON APPLICAZIONE ALL'ASSISTENZA IN EMODIALISI

AGENTE DEL SELF-CARE	SISTEMA DEL TUTTO COMPENSATIVO	ATTIVITA' RELATIVE A:
INFERMIERE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ porta a termine l'autoassistenza per conto della persona ▪ compensa l'incapacità della 	<ul style="list-style-type: none"> ● rilevazione dei parametri vitali ● puntura della fistola ● connessione

	<p>persona autoassistesi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sostiene protegge 	<p>di e</p> <ul style="list-style-type: none"> • sorveglianza continua • prevenzione e gestione complicanze • gestione emergenze • deconnessione • sicurezza ambientale • prevenzione infezioni • risposta a bisogni inespressi • creazione di un ambiente cordiale, terapeutico e tranquillo • ascolto, presenza, empatia
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

AGENTE DEL SELF-CARE	♣ SISTEMA IN PARTE COMPENSATIVO	ATTIVITA' RELATIVE A:
-----------------------------	----------------------------------------	------------------------------

INFERMIERE	<ul style="list-style-type: none"> ♣ esegue alcune misure di cura di sé, per conto della persona ♣ compensa i limiti che la persona ha nella cura di sé ♣ assiste la persona come richiesto 	<ul style="list-style-type: none"> ♠ risposta a bisogni espressi
INFERMIERE-UTENTE	<ul style="list-style-type: none"> ♣ esegue alcune azioni di autoassistenza ♣ regola le azioni per la cura di sé stesso 	<ul style="list-style-type: none"> ♠ scelta del metodo dialitico ♠ scelta del punto di inserimento dell'ago ♠ rilevazione del valore ponderale ♠ impostazione dei parametri del dializzatore ♠ sorveglianza degli allarmi ♠ protezione della FAV
UTENTE	<ul style="list-style-type: none"> ♣ accetta l'assistenza dell'infermiere e la cura 	<p>Accetta</p> <ul style="list-style-type: none"> ♠ la malattia ♠ la T sostitutiva ♠ il nuovo stile di vita

AGENTE DEL SELF-CARE	SISTEMA EDUCATIVO/ DI SUPPORTO	ATTIVITA' RELATIVE A:
UTENTE	<ul style="list-style-type: none"> ♥ agisce per la cura di sé 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ nutrizione ◆ idratazione

INFERMIERE	<ul style="list-style-type: none"> ♥ regola l'esercizio e lo sviluppo delle azioni per l'autocura ♥ educa ♥ informa 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ attività fisica ◆ controllo del peso ◆ uso di farmaci ◆ gestione di eventuali problemi
-------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La teoria di D. E. Orem, per le sue caratteristiche di promozione del self-care, è particolarmente adatta alla tipologia della persona dializzata.

Tale persona, infatti, è soggetta a terapia per moltissimo tempo o per sempre, quindi si deve adattare ad un nuovo stile di vita, deve apprendere azioni di autoassistenza, diverse da quelle cui era abituata, prima della malattia.

Inoltre il ricovero non è continuo, ma limitato alle ore della seduta dialitica e ciò comporta che la persona debba essere in grado di gestire al proprio domicilio, le attività di vita quotidiana, nel modo più idoneo per la propria salute, il più indipendentemente possibile.

E, secondo me, sta proprio nella consapevolezza, nell'autonomia e nella crescita dell'autostima conseguente, la chiave per garantire una migliore qualità di vita all'individuo in dialisi.

Tale tipo di assistenza può e deve partire e ruotare intorno al concetto di self-care, considerando ed incrementando le potenzialità individuali, piuttosto che porre l'accento sulle limitazioni.

Solo così, la persona non si sentirà disabile e potrà e vorrà sviluppare comportamenti positivi, per condurre una vita,

sicuramente diversa, ma non per questo meno degna di essere vissuta.

★ 1.2 IL PRIMARY CARE

Il Primary Care, consiste in un modello organizzativo, che prevede completa “presa in carico” dell’assistenza di una persona, da parte di un solo infermiere.

Esso permette l’instaurarsi di un rapporto professionale completo, nel quale la persona si affida ad un professionista, con specifiche competenze, per la risoluzione di specifici problemi assistenziali.

In questo modo si ha un rapporto infermiere-utente, qualitativamente migliore, sotto il profilo comunicativo, organizzativo, assistenziale.

Viene garantita, inoltre, la continuità assistenziale, in quanto un solo infermiere si prende in carico la pianificazione di tutti gli aspetti del processo di nursing, rivolto ad un preciso individuo.

Questo, oltre a portare evidenti vantaggi alla persona assistita, considerata globalmente, in tutti i suoi aspetti, con un approccio olistico, permette di individuare più facilmente, le responsabilità riguardo ad azioni e risultati.

Il modello del Primary Care, infatti, si costruisce su un concetto di assistenza, basato sulla centralità della persona e sul recupero o mantenimento del suo benessere bio-psico-sociale, massimo possibile, attraverso la partecipazione attiva e completa

dell'utente, privilegiando il dialogo, il coinvolgimento la pianificazione.

In questo modo, il successo o l'insuccesso è riconducibile ad un unico operatore, che risponde del proprio operato, all'organizzazione di cui fa parte, alla propria coscienza professionale, ma, soprattutto alla persona assistita, che dovrebbe essere in grado, di valutare la prestazione.

Tale modello esalta professionalizzazione e personalizzazione degli interventi, facilita fiducia, confidenza, espressione di bisogni e problemi da parte dell'utente, permette che la relazione terapeutica, una volta instaurata, possa mantenersi inalterata, per tutto il tempo necessario, favorendo il recupero, la competenza e l'autonomia della persona assistita.

Il Primary Care, per le caratteristiche di cui si è parlato, è particolarmente adatto alle U.O. di Dialisi, dove la persona ha bisogno di instaurare un rapporto di fiducia con chi l'assiste, per poter accettare la sua condizione e progredire verso l'autonomia.

Deve poter essere considerata, prima di tutto, "persona", intera e indivisibile, nei suoi aspetti fisici, psichici, sociali, culturali.

Occorre conoscere il suo vissuto precedente la malattia, perchè la persona non nasce con essa, ma ha un suo bagaglio di esperienze e conoscenze, che l'hanno resa quella che oggi è, con i suoi comportamenti, le sue difese, il suo modo di reagire e di interagire con l'ambiente.

La continuità assistenziale, il fatto di ritrovare ad ogni seduta volti noti, di poter contare su figure di riferimento, rende la nuova condizione e l'ambiente, più prevedibile e proprio per questo meno spaventoso.

Inoltre tale modello è realizzabile nell' U.O. di Dialisi, più che in ogni altra, perché l'assistenza a precise persone, non è continuativa, quindi permette di superare il limite temporale, dato dal fatto che un infermiere non può essere presente in servizio 24 ore su 24, per prendersi cura di una determinata persona ed esserne responsabile fino in fondo.

La riorganizzazione del lavoro necessaria, sarebbe solo metodologica e concettuale; essa non richiederebbe neanche un lungo periodo di addestramento del personale, in quanto gli infermieri di Dialisi possiedono le caratteristiche richieste. Considerano la persona assistita in modo globale, la pongono al centro del processo di nursing, coinvolgendola ed instaurando con essa validi rapporti.

In tale U.O. vi è già il superamento del modello "per compiti" o "tecnico-funzionale", che siamo abituati, purtroppo, a vedere nelle U.O. di degenza.

Ogni persona reagisce a suo modo alla terapia sostitutiva, quindi non avrebbe senso uno svolgimento routinario di atti, ma assume invece rilievo il processo, costituito da interventi obbligatoriamente personalizzati, che conducano al raggiungimento di obiettivi specifici e dell'obiettivo generale, individuato nel "garantire il massimo livello di benessere possibile, per quella specifica persona, compatibilmente con la malattia".

Inoltre, la sorveglianza continua, svolta dagli infermieri nelle salette di dialisi, lascia spazio al dialogo, alle confidenze e ai momenti più propriamente educativi, si alternano racconti di storie di vita presente e passata, preziose per l'operatore, al fine

di intervenire efficacemente, nella stimolazione di quei comportamenti positivi, garanzia di sopravvivenza, dal punto di vista quantitativo e qualitativo, della persona assistita.

★ 1.3 LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Tale modalità assistenziale dovrebbe essere inserita all'interno di una struttura organizzativa, che consenta la massima integrazione fra i diversi livelli di erogazione del servizio. La persona con insufficienza renale dovrà seguire un percorso, in cui è garantita la continuità assistenziale, dalle fasi iniziali della malattia fino alla dialisi e all'eventuale trapianto:



Illustro brevemente lo schema precedente:

la “presa in carico” si ha presso l’U.O. di Nefrologia, dove la persona viene seguita da un infermiere di riferimento, che chiamerò per abbreviare “Tutor” nella fase di compensazione della malattia e nella fase della terapia conservativa.

Durante tale periodo l’utente trova il suo “Tutor”, presso qualunque servizio afferente all’U.O. di Nefrologia, sia che si tratti della Degenza, del D.H. dell’Ambulatorio”.

Di qui, al termine delle 2 fasi precedenti, previa informazione precoce, la persona viene indirizzata all’Ambulatorio di Pre-Dialisi, presso il quale collaborano, in un approccio interdisciplinare:

- Nefrologo curante
- Medico di base
- Tutor di Nefrologia
- Tutor di Dialisi
- Psicologo
- Dietista
- Mediatore culturale per gli stranieri

A questo punto avviene la “presa in carico” da parte del Tutor di Dialisi, permanendo la presenza del Tutor di Nefrologia, per tutta la fase di Pre-Dialisi, durante la quale si può parlare di “presa in carico congiunta”.

Durante tale periodo, si valuta la situazione bio-psico-sociale della persona e vengono fornite tutte le informazioni necessarie riguardo alla patologia, ai metodi dialitici, all’accesso vascolare, viene scelta la terapia sostitutiva più idonea, si parla di trapianto: tutti gli sforzi sono rivolti a favorire l’accettazione della nuova condizione, ad accertare le risposte della persona e l’apprendimento delle informazioni, a stimolare la partecipazione.

coinvolgimento, consapevolezza, a *“spianare la strada”* per un futuro, che non deve necessariamente essere considerato *“buio”*.

Nel caso in cui si scelga l’Emodialisi, come Terapia Sostitutiva, la persona viene ricoverata, in regime ordinario o in D.H., presso l’U.O. di Nefrologia per la creazione dell’accesso vascolare e vi trova il suo Tutor di Nefrologia.

In seguito, si recherà presso l’Ambulatorio di Pre-Dialisi, dove saranno presenti i suoi due Tutor e sarà controllata periodicamente la maturazione della fistola, si rivaluterà lo stato bio-psico-sociale, si inizierà ad attuare il progetto educativo riguardo alle attività di vita, si condurrà la persona a familiarizzare con l’U.O. di Dialisi, dove presto inizierà la Terapia Sostitutiva, assistito dal suo Tutor di Dialisi: inizia la *“Il presa in carico”*

Tale infermiere sarà al suo fianco, anche nelle varie fasi, che lo condurranno all’eventuale trapianto.

L’AMBULATORIO DI PRE-DIALISI, così strutturato, rappresenta un momento importante *“rampa di lancio”*, un momento fondamentale, che condiziona l’efficacia della terapia e la qualità di vita futura della persona.

Qui collabora tutta l’equipe, in attività indirizzate al benessere della persona e vi sarà il *“passaggio del testimone”*, fra il Tutor di Nefrologia e quello di Dialisi, dopo il necessario periodo di compresenza.

E’ fondamentale una comunicazione efficace, fra i membri e con la persona, per garantire che il flusso di informazioni non incontri ostacoli, in modo che ognuno possa utilizzare le conoscenze comuni, nella pianificazione e attuazione della propria attività specifica.

Il progetto di lavoro di ognuno, sarà parte di un progetto più ampio e generale, che verrà discusso e condiviso dall’intero gruppo di operatori, in modo che ciascuno possa parteciparvi con le proprie competenze professionali e gli sforzi di tutti siano diretti in un coro unanime verso un unico obiettivo; ma soprattutto tale progetto dovrà essere discusso

condiviso con la persona, attore principale e fulcro sul quale ruota l'attività dell'intera équipe.

CAP. 2

GLI STRUMENTI INFERMIERISTICI



*“Il nostro compito è salvaguardare la salute.....
e sai come si fa?
Si fa migliorando la qualità della vita.....”⁴*

☆ 2.1 PREMESSA

L’infermiere possiede validi strumenti per garantire qualità e continuità assistenziale, con interventi efficaci e validati scientificamente:

(a) **la Cartella Infermieristica Integrata**, utile fin dalla “presa in carico” della persona per la sua valutazione iniziale e continua nel tempo.

Essa dovrà essere provvista di un **Questionario di Valutazione Multidimensionale**, per comprendere l’impatto psico-sociale della malattia sulla qualità di vita ed il grado di accettazione della terapia sostitutiva.

(b) **Il Contratto Pedagogico**, indispensabile per la promozione del Self-Care, quindi indispensabile nei “Sistemi Infermieristici Educativi”

⁴ Da PATCH ADAMS di TOM SHADYAC. 1998 UNIVERSAL STUDIOS

(c) **Protocolli, Procedure e Linee Guida**, utili in modo particolare, nei “Sistemi del Tutto Compensativi”, per fornire una base scientifica all’agire, per uniformare l’assistenza, perché l’infermiere sappia prontamente, cosa deve fare di fronte ad una determinata situazione e per risolvere eventuali problemi.

Essi rappresentano i binari, all’interno dei quali l’infermiere opera, per il raggiungimento dell’obiettivo finale: il benessere bio-psico-sociale della persona assistita.

Tali strumenti dovranno essere utilizzati per operare scelte ottimali e saper intervenire nel modo più opportuno, di fronte a qualsiasi situazione si presenti.

Non dovranno rappresentare il fine ultimo dell’assistenza (“ho compilato la cartella, ho applicato il protocollo, quindi ho fatto il mio dovere, qualunque sia l’esito del mio agire”), ma saranno mezzi per il raggiungimento del fine prefissato, attraverso un’assistenza personalizzata, che cioè consideri la persona e “quella specifica persona”, al centro del Processo di Nursing.

Sta quindi all’infermiere, la scelta nell’utilizzo dello strumento più opportuno, in quel preciso momento, per quella persona, mediante le proprie capacità di valutare e di adattare il proprio agire alla situazione, anche prevedendo e indirizzando le probabili reazioni dell’assistito.

☆ 1.2 LA CARTELLA INFERMIERISTICA

INTEGRATA

L'agire infermieristico si fonda sulla relazione interpersonale e sulla comunicazione; dunque, strumento operativo essenziale, è quello che permette la trasmissione delle informazioni, ottenute dal dialogo, dall'osservazione e dall'esecuzione.

La Cartella Infermieristica Integrata è uno strumento, attraverso il quale, si realizza e si documenta il Processo di Nursing.

Essa consente una visione completa dei bisogni della persona e tende a superare i tradizionali metodi di trasmissione delle informazioni, che spesso sono incompleti e non facilitano il feed-back sui risultati delle azioni curative poste in essere.

Cercherò, quindi, di elaborare un modello di Cartella Infermieristica specifica per l'U.O. di Emodialisi che, a partire dalla "presa in carico", permetta di raccogliere dati utili per le varie fasi del processo, di valutare le risorse della persona e, in un'ottica di perseguimento degli obiettivi, favorisca la pianificazione, l'attuazione degli interventi e la valutazione dei risultati.

Verranno valutati i bisogni e la capacità di auto-assistenza della persona in modo che possa diventare sempre più agente del self-care, sotto la guida ed il sostegno dell'infermiere.

Tale modello verrà elaborato, nelle sue varie parti, durante la trattazione delle varie fasi del processo, per ognuna delle quali sarà descritta dettagliatamente una Scheda, che, in modo specifico, mirerà al perseguimento degli obiettivi di quella fase, ma che fornirà informazioni utili anche per le fasi successive.

Sarà, quindi, la Cartella Infermieristica di Luca e lo seguirà nel suo percorso verso e durante la terapia sostitutiva.

☆ **2.3 IL QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**

E' uno strumento utile per valutare la qualità di vita della persona in Emodialisi e dovrà essere parte integrante della Cartella Infermieristica.

Negli ultimi anni, grazie ai progressi della medicina, il trattamento emodialitico consente alla persona un buon livello di sopravvivenza, in attesa del trapianto.

Come per buona parte dell'agire umano, una volta garantiti i bisogni primari di sopravvivenza, nascono bisogni legati alla sfera psicologica e relazionale, che è indispensabile monitorare.

L'esigenza di ricercare uno strumento, atto a questo scopo, è nata in me, durante il periodo di tirocinio, dall'osservazione delle persone in Emodialisi: esse rivelavano il legame esistente, tra adeguati livelli di benessere bio-psico-sociale e maggior tolleranza alla terapia sostitutiva, con minor probabilità di insorgenza di complicanze.

Ho cercato così di fornire una conferma scientifica alla mia ipotesi e ho distribuito il questionario, che in seguito illustrerò, fra gli utenti.

Il risultato della ricerca mi ha dato ragione: effettivamente, a parità di condizioni fisiche generali, coloro che presentavano, durante la seduta dialitica, frequenti crisi ipotensive, tachicardia, difficoltà respiratorie, nausea, crampi, rivelavano criticità, nelle varie dimensioni del questionario.

Tale strumento, elaborato da un gruppo di operatori dei Centri di Emodialisi di Mantova, Legnago, Bovolone (VR), considera, come indicatori della qualità di vita della persona in trattamento sostitutivo, 6 dimensioni:

- 1) SITUAZIONE FAMILIARE, per rilevare eventuali modificazioni, nella situazione familiare, in seguito alla dialisi; è possibile avere inoltre, informazioni circa la qualità dei rapporti tra la persona e la sua famiglia.
- 2) RAPPORTO CON IL PROPRIO CORPO, che presenta frequenti problemi, perché il fatto di sentire, che il proprio corpo non funziona più come prima e la dipendenza dalla macchina, possono avere effetti sulla percezione psicologica di sé, non più come risultato di unione tra mente e corpo.
- 3) BISOGNO DI BERE, che evidenzia il rapporto con la sete; inoltre il divieto di bere, quando e quanto desidera, può portare la persona ad una dinamica interiore conflittuale, tra forza di volontà, nel rispettare le indicazioni ed il non riuscire a farlo, con possibili risposte psicologiche di ostilità oppure sensi di colpa verso se stessa.
- 4) VITA QUOTIDIANA, per verificare se, ed eventualmente come è cambiata la vita della persona, da quando ha cominciato il trattamento emodialitico, rispetto alla vita sociale e lavorativa.
- 5) BISOGNI DI SUPPORTO RELATIVI AL TRATTAMENTO: le affermazioni di questa dimensione hanno lo scopo di rilevare la presenza di una serie di bisogni della persona, in relazione al trattamento medico, infermieristico o alla sua eventuale condizione di ricovero ospedaliero.
- 6) PERCEZIONE DELLA PROPRIA MALATTIA, per rilevare il significato, che la persona attribuisce, alla propria malattia; infatti la reazione psicologica alla malattia, può cambiare da un soggetto all'altro e questo dipende dallo stilecognitivo di ognuno.

Per poter conoscere il vissuto delle persone, rispetto a queste dimensioni, vengono utilizzate alcune affermazioni, che descrivono le varie sfumature di ogni dimensione, verso le quali, l'utente, esprime il proprio grado di accordo o disaccordo, su una Scala a 4 punti:

FALSO 1

PARZIALMENTE FALSO 2

PARZIALMENTE VERO 3

VERO 4

per un TOTALE di 24 affermazioni.

Per ogni dimensione, è stato calcolato 1 PUNTEGGIO SOGLIA, (corrispondente con il punteggio medio), che consente di identificare la presenza o meno di CRITICITA'.

Una volta corretto il questionario, si otterrà un punteggio per ogni dimensione, da cui è possibile ottenere una serie di informazioni, riguardo a:

1) QUALITA' DELLA VITA in generale della persona, in relazione al numero di punteggi critici rispetto alle dimensioni.

Per le dimensioni 1, 2, 3, 4, 6, il punteggio critico è inferiore al punteggio medio; per la dimensione 5 invece, è superiore al punteggio medio.

2) LIVELLO DI DISAGIO PSICO-FISICO, in relazione al numero di punteggi critici, presenti rispetto alle dimensioni.

3) BISOGNI DI SUPPORTO, ottenibili analizzando ogni singola affermazione di tale dimensione.

Per l'accertamento dell'eventuale presenza di DEPRESSIONE, disturbo frequente nelle persone con patologie croniche, ostacolo importante nella crescita verso l'auto-cura, ho associato la SCALA DI AUTOVALUTAZIONE DELLA DEPRESSIONE di Brink T. L., Yesavage J. A., e coll.

Inserisco ora il testo integrale del questionario e la griglia di correzione.

I.P.P.E. (Inventario Pluridimensionale per il Paziente in Emodialisi)

Data della compilazione ____

Troverà elencate qui di seguito una serie di affermazioni. Le chiediamo di mettere una croce sul numero che meglio descrive il suo grado di accordo rispetto alle frasi qui di seguito elencate .

Come vedrà non ci sono risposte giuste o sbagliate, a noi interessa conoscere qual è la sua opinione rispetto alle affermazioni che troverà qui di seguito .

Falso = 1	Abbastanza falso = 2	Abbastanza vero = 3	Vero = 4
-----------	----------------------	---------------------	----------

Bene, può cominciare a rispondere

- 1) da quando sono in dialisi i rapporti tra me e i miei familiari sono peggiorati
1 2 3 4
- 2) sento di avere perso il controllo del mio corpo
1 2 3 4
- 3) la dialisi appartiene ormai al mio stile di vita ed è una cosa che faccio normalmente come tante altre
1 2 3 4
- 4) dopo un po', ho imparato a convivere con questa malattia e ormai fa parte della mia vita
1 2 3 4
- 5) ho diversi amici e continuo a frequentarli senza problemi
1 2 3 4
- 6) nei giorni che non faccio la dialisi svolgo le mie attività quotidiane come se niente fosse
1 2 3 4
- 7) ho bisogno di avere maggiori informazioni sulla mia diagnosi
1 2 3 4
- 8) se dovessi avere bisogno di qualunque genere di aiuto so che posso contare sui miei familiari
1 2 3 4
- 9) i miei familiari hanno compreso le difficoltà fisiche e psicologiche che ci sono nel fare la dialisi
1 2 3 4

- 10) nella maggior parte dei giorni sento un forte desiderio di bere anche se non ho veramente sete
1 2 3 4
- 11) il bisogno di bere è una cosa alla quale non riesco a resistere
1 2 3 4
- 12) ho bisogno di maggiore attenzione da parte del personale infermieristico
1 2 3 4
- 13) ultimamente mi capita di considerare il mio corpo come un qualcosa di estraneo alla mia persona
1 2 3 4
- 14) i miei familiari mi sono vicini da un punto di vista psicologico (mi danno affetto, comprensione)
1 2 3 4
- 15) sento il mio corpo come qualcosa di staccato dalla mia mente
1 2 3 4
- 16) devo ammettere che da quando faccio la dialisi non sono più riuscito a fare il mio lavoro come prima
1 2 3 4
- 17) ho bisogno di essere più coinvolto nelle scelte terapeutiche
1 2 3 4
- 18) da quando ho cominciato la dialisi sento il mio corpo in maniera diversa
1 2 3 4
- 19) nella maggior parte dei giorni ho voglia di bere anche se so che dovrei limitarmi
1 2 3 4
- 20) ho bisogno di avere un dialogo maggiore con i medici
1 2 3 4
- 21) se dovessi avere bisogno di aiuto so che posso contare sui miei amici**
1 2 3 4
- 22) il fatto che mi hanno proibito di bere quanto voglio mi porta ad avere ancora più sete**
1 2 3 4
- 23) ho bisogno di parlare con uno psicologo
1 2 3 4

24) ho bisogno di parlare con un assistente sociale

1 2 3 4

GRIGLIA DI CORREZIONE

Nome e Cognome _____

data ____/____/200__

Nota: il punteggio alle risposte contrassegnate con * va “girato”, quindi se 4 scrivere 1, se 3 scrivere 2, se 2 scrivere 3, se 1 scrivere 4)

RISP	TRASFORMATI	RISP.	TRASFORMATI	RISP	TRASFORMATI
I° 1*..... 8..... 9..... 14..... SOMMA...../4 TOTALE DIMENSIONE+++= SOMMA...../4 TOTALE DIMENSIONE	II° 2*..... 13*... 15*... 18*... SOMMA...../4 TOTALE DIMENSIONE+++= SOMMA...../4 TOTALE DIMENSIONE	III° 10*... 11*... 19*... 22*... SOMMA...../4 TOTALE DIMENSIONE+++= SOMMA...../4 TOTALE DIMENSIONE
PUNT. CRITICO <=3,5	<input type="checkbox"/> CRITICO <input type="checkbox"/> NON CRITICO	PUNT. CRITICO <=2,6	<input type="checkbox"/> CRITICO <input type="checkbox"/> NON CRITICO	PUNT. CRITICO <=1,9	<input type="checkbox"/> CRITICO <input type="checkbox"/> NON CRITICO
RISP. IV° 5..... 6..... 16*... 21..... SOMMA...../4 TOTALE DIMENSIONE	TRASFORMATI ATI+++= SOMMA...../4 TOTALE DIMENSIONE	RISP. V° 7..... 12..... 17..... 20..... 23..... 24..... SOMMA...../6 TOTALE DIMENSIONE	TRASFORMATI ATI+++++= SOMMA...../6 TOTALE DIMENSIONE	RISP. VI° 3..... 4.....+= SOMMA...../2 TOTALE DIMENSIONE	TRASFORMATI ATI+= SOMMA...../2 TOTALE DIMENSIONE
PUNT. CRITICO <=2,5	<input type="checkbox"/> CRITICO <input type="checkbox"/> NON CRITICO	PUNT. CRITICO >=2,1	<input type="checkbox"/> CRITICO <input type="checkbox"/> NON CRITICO	PUNT. CRITICO <=3,1	<input type="checkbox"/> CRITICO <input type="checkbox"/> NON CRITICO

COME INTERPRETARE I PUNTEGGI

Una volta corretto il questionario, si otterrà un punteggio per ogni dimensione, a partire dal quale possiamo ottenere una serie di informazioni.

1) La prima riguarda la qualità di vita in generale della persona ed è in relazione al numero di punteggi critici rispetto alle dimensioni.

Per le dimensioni I, II, III, IV e VI, il punteggio critico è inferiore al punteggio al punteggio medio.

2) La seconda è relativa al livello di disagio psicofisico, che si può valutare tramite la seguente tabella:

<u>1) PUNTEGGIO CRITICO PRESENTE IN</u>	<u>2) INDICE GLOBALE DI DISAGIO PSICOFISICO</u>	<u>3) SCALA DEI BISOGNI</u>
<u>6 DIMENSIONI</u>	<u>12,5</u>	
<u>5 DIMENSIONI</u>	<u>12,2</u>	
<u>4 DIMENSIONI</u>	<u>10</u>	
<u>3 DIMENSIONI</u>	<u>8,3</u>	
<u>2 DIMENSIONI</u>	<u>6,1</u>	
<u>1 DIMENSIONE</u>		

3) La terza è relativa all'analisi di ogni singola affermazione nella scala dei bisogni ottenendo così informazioni dettagliate da considerare importanti voce per voce.

★ **2.4 SCALA DI AUTOVALUTAZIONE DELLA
DEPRESSIONE** (Brink, Yesavage e coll.)

ISTRUZIONI

Rispondere alle domande seguenti, mettendo una crocetta sulla casella *SI* oppure sulla casella *NO*.

Scegliete la risposta che corrisponde al vostro stato d'animo in questo momento.

1. Siete fundamentalmente soddisfatti della vostra vita?	SI	NO
2. Avete abbandonato molte delle vostre attività e dei vostri interessi?	NO	SI
3. Ritenete che la vostra vita sia vuota?	NO	SI
4. Vi annoiate spesso?	NO	SI
5. Avete speranza nel futuro?	SI	NO
6. Siete tormentati da pensieri che non riuscite a togliervi dalla testa?	NO	SI
7. Siete di buon umore la maggior parte del tempo?	SI	NO
8. Temete che vi stia per capitare qualcosa di brutto?	NO	SI
9. Vi sentite felici per la maggior parte del tempo?	SI	NO
10. Vi sentite spesso indifesi?	NO	SI
11. Vi capita spesso di essere irrequieti e nervosi?	NO	SI
12. Preferite stare a casa, piuttosto che uscire e fare cose nuove?	NO	SI
13. Vi preoccupate frequentemente del futuro?	NO	SI
14. Pensate di avere più problemi di memoria di altre persone?	NO	SI
15. Pensate che sia bello stare al mondo adesso?	SI	NO
16. Vi sentite spesso abbattuti e tristi?	NO	SI
17. Trovate che la vostra condizione attuale sia indegna di essere vissuta?	NO	SI
18. Vi tormentate spesso pensando al passato?	NO	SI
19. Trovate che la vita sia molto eccitante?	SI	NO
20. Vi risulta difficile iniziare ad occuparvi di nuovi progetti	NO	SI
21. Vi sentite pieni di energia?	SI	NO
22. Pensate di essere in una situazione priva di speranza?	NO	SI
23. Pensate che le altre persone siano in condizioni migliori della vostra?	NO	SI
24. Vi capita spesso di turbarvi per cose poco importanti?	NO	SI
25. Avete frequentemente voglia di piangere?	NO	SI
26. Avete difficoltà a concentrarvi?	NO	SI
27. Vi alzate con piacere la mattina?	SI	NO
28. Preferite evitare gli incontri sociali?	NO	SI
29. Vi riesce facile prendere decisioni?	SI	NO
30. Avete la mente lucida come prima?	SI	NO

INTERPRETAZIONE

Il punteggio globale si ottiene sommando le **risposte della colonna di destra**, indipendentemente dal fatto che sia SI oppure NO.

Ciascuna risposta vale **1 punto**.

Un punteggio superiore a 10, indica un abbassamento del tono dell'umore, di una condizione depressiva, di cui tener conto e da monitorare attentamente.

★ **2.5 IL CONTRATTO PEDAGOGICO**

“Nessuno può insegnarvi

nulla,

se non ciò che in dormiveglia,

giace

nell'alba della vostra coscienza”

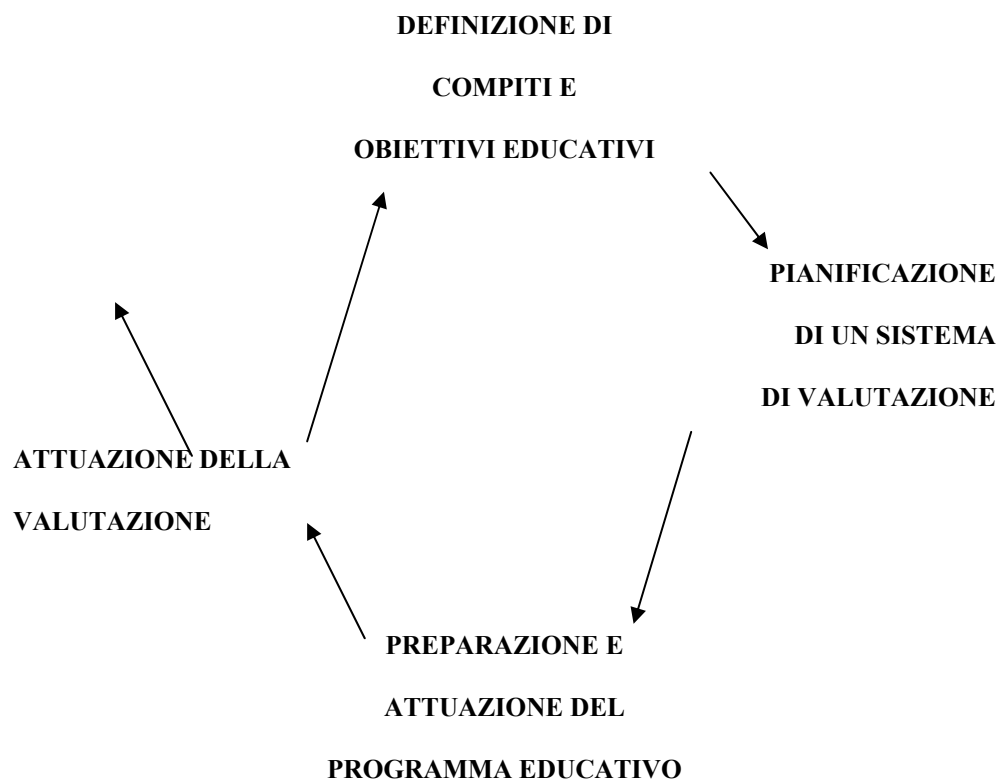
(K. GIBRAN. “IL PROFETA”)

L'educazione è un processo avente lo scopo di facilitare l'apprendimento di determinati comportamenti, stabiliti sotto forma di **obiettivi educativi**.

Il risultato di ogni percorso formativo è costituito da una modificazione predefinita del comportamento del discente, da conseguire durante un dato periodo di tempo.

Ciascuno deve avere la possibilità di giovare di un tipo di educazione, che gli permetta di sviluppare al massimo le sue risorse e potenzialità.

Il processo educativo, dunque, per poter essere efficace, deve partire dalla *valutazione* della persona e rispettare le tappe della “*spirale dell’educazione*”⁵:



Lo strumento organico, che ci permette di attuare ciò, è il *contratto educativo*: consiste in un'intesa fra l'utente e l'equipe curante, che stipula gli obiettivi da raggiungere al termine della sua educazione, in termini di comportamenti da porre in atto.

Ha valore di un impegno reciproco e rinforza la motivazione delle 2 parti contraenti.

Deve essere illustrato e negoziato con la persona cui è diretto.

Il *processo educativo* deve riconoscere la centralità della persona, si deve basare su un approccio globale e consta di 4 tappe fondamentali:

- 1) **IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI**, che determinano la necessità di un programma educativo, dei quali, grazie ad una *diagnosi educativa*, saranno evidenziate le componenti pedagogiche, psicologiche e biomediche.
- 2) **DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI PEDAGOGICI**, che si vogliono far raggiungere alla persona, a conclusione della sua educazione e che vengono raggruppati nei **contratti educativi**.

⁵ J. J. GUILBERT. “GUIDA PEDAGOGICA PER IL PERSONALE SANITARIO”. IV ED

Per **obiettivo educativo** si intende: “*ciò che i discenti devono essere capaci di realizzare al termine di un periodo di insegnamento/apprendimento, che non erano capaci di realizzare prima*”⁶, quindi devono essere formulati come azioni della persona, non dell’operatore.

Distinguiamo:

- a) **obiettivi generali:** corrispondono alle **funzioni**, che raggruppano l’insieme di attività, che servono per l’adempimento di una determinata funzione (es. Autoassistenza)
- b) **obiettivi intermedi:** suddivisione delle funzioni in più elementi o **attività**, il cui insieme permette di comprendere la natura delle funzioni stesse (es. Autogestire la nutrizione)
- c) **obiettivi specifici:** corrispondono a precisi **compiti**, il cui adempimento è osservabile e misurabile.

Definiscono una modificazione del comportamento del discente (es. conoscere ed escludere dalla dieta, alimenti ad alto contenuto di potassio).

Nell’individuazione di un obiettivo educativo specifico, occorre ricordare che esso deve essere:

- **pertinente**
- **logico**
- **preciso**
- **realizzabile**
- **osservabile**
- **misurabile**

La **pertinenza** è la qualità essenziale di un obiettivo educativo ed esprime il suo grado di conformità con problemi e risorse.

- 3) **SELEZIONE DEI CONTENUTI** da far apprendere e dei **METODI** utilizzati a tal fine, partendo dagli obiettivi pedagogici.

Occorre anche valutare se i concetti proposti, sono accettabili da parte della persona, se cioè, non sono in contraddizione o conflitto con precedenti concezioni.

Nella scelta dei metodi occorrerà differenziare fra insegnamento di conoscenze teoriche e pratiche.

Essi non dovranno rappresentare un semplice trasferimento di conoscenze, ma dovranno sviluppare nella persona capacità di analisi, di risoluzione dei problemi, di decisione.

⁶ J.J.GUILBERT “GUIDA PEDAGOGICA PER IL PERSONALE SANITARIO” IV ED.

I **metodi pedagogici** dovranno essere **opportuni e fattibili**, cioè scelti in funzione delle caratteristiche della persona e realizzabili nel contesto in cui ci si trova, con i mezzi, il tempo, le persone ed i materiali disponibili.

4) **VALUTAZIONE:** di fondamentale importanza come indicatore di ciò che la persona sa, ciò che ha capito, ciò che deve saper fare, ciò che ancora deve apprendere.

Essa è fondata sugli obiettivi e garantisce la sicurezza della persona.

Attraverso di essa, si ha modo di verificare l'andamento complessivo del processo educativo stabilendo, in caso di anomalia, dove sta la causa dell'insuccesso e permettendo di intervenire adeguatamente, riprogrammando ogni singola tappa.

La valutazione si avvale di strumenti adatti alla variabile che si intende misurare, a seconda che si tratti di conoscenze, decisioni, gesti, tecniche o atteggiamenti.

Nel caso specifico delle persona emodializzata, occorre considerare che essa non può convivere con abitudini scorrette di vita e che dovrà mantenere le conoscenze apprese per lungo tempo, se non per tutta la vita; per questo motivo sarà necessaria una rivalutazione periodica.

NELLA COSTRUZIONE DI UN CONTRATTO EDUCATIVO occorre tenere presenti alcuni **CONCETTI FONDAMENTALI:**

1) **la persona è al centro del sistema insegnamento-apprendimento**, quindi la relazione educativa si basa sui suoi bisogni, il suo atteggiamento rispetto alla malattia/terapia, i suoi obiettivi.

Occorrerà conoscere e valutare le possibili reazioni psicologiche della persona riguardo alla nuova e sconvolgente situazione, che si possono riassumere nei **5 stadi** studiati da

Kubler Ross:

- a) negazione
- b) rivolta
- c) patteggiamento
- d) depressione
- e) accettazione attiva

2) **la motivazione è condizione essenziale dell'apprendimento.** Con la comunicazione della diagnosi, nel nostro specifico, della necessità di entrare in dialisi, la persona vede la sua vita cambiare. Occorre identificare nelle sue parole, qualcosa che può assomigliare ad un progetto, ad uno scopo di vita, cioè una costruzione mentale preliminare ad un'azione o ad una serie di azioni.

Questo progetto deve motivare la persona e consente un rinforzo positivo, facendovi riferimento nella relazione educativa.

- 3) **occorre applicare regole che garantiscano una buona comunicazione**, prima fra tutte il saper ascoltare, anche per valutare esperienze e conoscenze della persona, riguardo alla sua malattia ed alla terapia sostitutiva ed individuare eventuali concetti errati.
Sarà inoltre indispensabile adattare le parole e le idee del messaggio educativo, al suo bagaglio culturale.
- 4) **attraverso la raccolta di informazioni, si giunge alla diagnosi educativa, con la quale si identificano potenzialità**, che possono portare la persona, attraverso l'educazione, a livelli di funzionamento ottimale, in modo da evitare i principali problemi e complicanze della malattia, continuando ad aver una vita, che per lei ha un significato piacevole
- 5) **la strategia di insegnamento è un insieme di metodi pedagogici, destinati a far raggiungere i diversi obiettivi e deve tener conto di:**
- a) **destinatario**
 - b) **obiettivi pedagogici**
 - c) **principi dell'apprendimento**
 - d) **contesto educativo e comodità dei metodi.**

❁ 2.5.1 DESTINATARIO

Un giorno sentii dire da un falegname

senza istruzione di mia conoscenza:

“Non c'è molta differenza tra un uomo

e un altro; ma quella poca che c'è è

fondamentale”.

A me pare che questa precisazione vada alla radice del problema.

(WILLIAM JAMES “*The importance of individuals*)

Considerando la centralità della persona cui è diretto, l'approccio educativo va diversificato in base alle caratteristiche individuali ed occorrerà accertare:

- capacità di comprensione
- grado di istruzione
- conoscenze in campo medico e sul problema specifico
- stile di vita
- atteggiamento di fronte al problema e aspettative
- grado di accettazione
- strategie di coping
- esperienze precedenti
- grado di indipendenza
- presenza di persone significative e di supporto
- grado di collaborazione
- motivazione
- età
- ed altre molteplici variabili che, nel loro insieme, fanno di un individuo un essere unico.

Di tutte le precedenti caratteristiche, vorrei porre l'accento sull'**età del soggetto**, come discriminante nella diversificazione dell'approccio pedagogico, in quanto rappresenta un dato oggettivo facilmente individuabile, in base al quale è possibile tracciare alcune considerazioni di carattere generale.

Il **bambino** avrà 2 obiettivi prioritari:

- *convivere con la malattia, assumendo comportamenti positivi*
- *non subire un arresto nel processo di crescita emozionale ed intellettuale.*

L'ambiente sanitario può avere una grande valenza pedagogica di promozione umana, in quanto fonte di nuove esperienze e, come tale, elemento che spinge l'individuo alla ricerca di nuove strategie per adattarsi.

Una prima risposta educativa, può essere reperita nel comportamento degli infermieri.

I bambini, infatti, anche i più piccoli, sono estremamente sensibili al comportamento degli adulti che li circondano.

Spesso basta un gesto d'affetto e di sincero interesse, per aiutare il piccolo ad accettare una realtà così diversa da prima.

Una seconda risposta, può essere quella di utilizzare il gioco e le fiabe, come strategia di insegnamento, in quanto attraverso di essi, il bambino, dapprima scopre il mondo circostante e controlla le sue nuove idee, poi esprime la sua immaginazione, fantasia, creatività.

L'**adolescente** si trova in un periodo di vita di per sé problematico.

L'adolescente emodializzato, oltre ad affrontare i conflitti tipici della sua età, dovrà affrontare i molteplici limiti imposti dalla malattia.

Di conseguenza egli è sottoposto ad un'angoscia più profonda e può manifestare irritabilità, aggressività o apatia.

La sua instabilità emotiva lo porta spesso all'ansia, alle preoccupazioni per il futuro e per le limitazioni che gli vengono imposte.

Questa persona, che prima non pensava mai al futuro, ora è spinta a farlo.

Tutto questo accresce il suo senso di insicurezza e favorisce il meccanismo della negazione.

- *Allo scopo di diminuire l'ansia*, occorrerà insistere sulla possibilità e sulla voglia di comunicazione dell'adolescente, riferendoci ad essa, come mezzo per esternare tutto ciò che all'interno agisce negativamente. E' però necessario fare molta attenzione, poichè, data la sua intensa instabilità, non sempre l'adolescente sarà pronto a relazionare con gli altri; alcune volte egli vorrà essere lasciato in pace, perché ha bisogno di meditare e riflettere.
- *Per quanto riguarda la strategia d'insegnamento più opportuna*, occorrerà far leva sull'interesse che il giovane ha per il proprio corpo e per quanto lo riguarda, fornendo tutte le informazioni che lo interessano e soddisfacendo le sue curiosità: per favorire l'apprendimento spesso sarà necessario differenziare rispetto ad ambiente e metodi scolastici, considerati dall'adolescente poco attraenti e avvalersi invece di mezzi più consoni, quali ad esempio audiovisivi, videogiochi, simulazioni, gruppi di discussione con altri adolescenti.

L'**adulto** ha la piena e drammatica consapevolezza della propria malattia, che non è solo un evento dell'esistenza soggettiva, ma anche un evento della vita di relazione, in particolare quella familiare.

Nascono le preoccupazioni per il futuro, correlate alla famiglia e al non sentirsene più parte attiva.

Questo spesso provoca ansia, paura, depressione, disagio sproporzionato alla gravità della situazione.

- *La persona si sente disabile ed ha paura di perdere gli affetti, il lavoro, la sicurezza economica.*
- *L'adulto, inoltre cerca una risposta concreta ai propri problemi e dà importanza alle proprie esperienze personali.*

Valutando tutto ciò, l'infermiere può trovare dei punti di forza, nella promozione del self-care e, coinvolgendo anche la famiglia, sostenere, incoraggiare e assicurare che, con l'impegno, insieme, si può e si deve ottenere una buona qualità di vita.

Le paure della persona, quindi, possono trasformarsi in risorse e costituire la motivazione che innesca e fa procedere il processo educativo.

La strategia di insegnamento più idonea, sarà quella attiva con simulazioni, scambi di opinione, audiovisivi, tavole rotonde.

L'**anziano** non ha più preoccupazioni di tipo lavorativo/produttivo, per cui ha imparato a ridurre gli stress ad esse collegati ma ha dovuto imparare ad accettare un nuovo ruolo, quello di pensionato.

Se nell'anziano prevarrà un'idea di vecchiaia inutile e passiva, anche la sua idea di salute sarà di tipo negativo e pessimistico.

In tal modo la depressione, che già lo interessa normalmente, con l'inizio della terapia sostitutiva potrà prendere il sopravvento e rendere difficile individuare in lui delle risorse, che promuovano l'apprendimento.

Diversamente, quando l'anziano ha una buona concezione della propria vita, ci sono senz'altro elementi positivi, cui far riferimento per motivare la persona ad apprendere.

L'approccio educativo all'anziano segue precise regole:

- *egli necessita di maggior tempo per apprendere nuove situazioni o per svolgere nuovi compiti.*
- *Per facilitare l'apprendimento occorre ridurre al minimo tensioni e costrizioni.*
- *E' consigliabile far uso di stimolazioni e caldi incoraggiamenti durante tutte le fasi del processo educativo.*
- *I nuovi compiti che l'anziano dovrà imparare, dovranno avere per lui un significato di concretezza.*

Anche in questo caso, potranno essere organizzate situazioni di gioco e discussione, delle quali l'anziano ha un grande bisogno, in quanto la sua condizione lo porta spesso ad una emarginazione sociale e familiare.

In questo modo l'ospedale, luogo di trauma e di dolore, si può trasformare in luogo di recupero sociale.

L'infermiere in questo gioca un ruolo di primo piano, aiutando la persona a comunicare con gli altri e indirizzando la discussione sui contenuti educativi, in modo da facilitarne l'apprendimento.

✿ 2.5.2 OBIETTIVI PEDAGOGICI

Determinano la scelta dei **metodi**, che sono validi, se adeguati all'obiettivo.

Guilbert distingue gli obiettivi in 3 livelli:

LIVELLO 1	RICORDO DEI FATTI	Si ottiene mediante la trasmissione di conoscenze con l'utilizzo di corsi classici o metodi attivi di soluzione dei problemi
LIVELLO 2	INTERPRETAZIONE DEI DATI	Si ottengono con l'utilizzo di metodi attivi di soluzione dei problemi , che mettono la persona in situazioni simili a quella reale
LIVELLO 3	SOLUZIONE DEI PROBLEMI	

✿ 2.5.3 PRINCIPI DELL'APPRENDIMENTO

- ◆ L'apprendimento è una caratteristica individuale.
- ◆ La motivazione è la sorgente di energia, che innesca e mantiene il processo di apprendimento: si ha quando colui che apprende è convinto che ciò che deve apprendere, ha per lui un valore.
- ◆ La motivazione accende e mantiene l'attenzione

- ◆ L'attenzione permette la codifica degli elementi e la loro trasmissione nella memoria a lungo termine.

Le regole generali da rispettare per favorire l'apprendimento sono:

- ❖ Ridurre la mole di conoscenze da trasmettere a pochi concetti essenziali e fornire all'inizio i messaggi più importanti, perché l'attenzione è fragile, si riduce rapidamente con il tempo ed è disturbata da un eccesso di informazioni.
- ❖ Conoscere le conoscenze iniziali della persona per non creare conflitti cognitivi. Le informazioni, infatti, vengono memorizzate attraverso l'attribuzione di un codice, che permette loro di inserirsi in una rete di conoscenze già esistenti.
- ❖ Tenere conto che il codice può avere carattere razionale o emotivo e che la memoria emotiva è spesso duratura e stabile, quindi può essere opportuno stimolarla.
- ❖ Stimolare partecipazione attiva e coinvolgimento perché aumentano motivazione e attenzione; l'utilizzo di una conoscenza, inoltre, ne rende più facile la sua acquisizione.
- ❖ Fornire feed-back, in modo che ogni tentativo ed ogni errore rinforzino la codifica e stabilizzino le conoscenze.
- ❖ Favorire la capacità di transfert, cioè la capacità di un individuo di applicare una regola in un contesto diverso da quello in cui l'ha appresa.

❖ 2.5.4 CONTESTO EDUCATIVO E COMODITA' DEI METODI

Occorre tener conto di entrambi, perché gli obiettivi siano realistici.

La comodità o praticabilità di un metodo d'insegnamento, si definisce attraverso il rapporto fra la sua qualità pedagogica e l'investimento in tempo, persone, materiali, che è sostanzialmente di tipo intellettuale e si basa sulla formazione pedagogica dei curanti.

Quanto sopra descritto, lungi dall'essere esaustivo, rappresenta solo un accenno ad un discorso ben più ampio, riguardo ai processi di apprendimento, per descrivere i quali, non basterebbe un'intera tesi.

Ho voluto trattare qui, solo alcuni concetti cardine, utili per la costruzione di un contratto educativo, che utilizzerò nella fase di insegnamento rivolto a Luca

☆ **2.6 PROCEDURE, PROTOCOLLI,** **LINEE GUIDA** (CENNI)

✿ **2.6.1 LINEE GUIDA**

Sono raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico ed hanno lo scopo di aiutare i sanitari nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate, in specifiche circostanze cliniche.

A monte esiste un percorso metodologico, nel quale vengono convogliate le opinioni degli esperti, la pratica clinica e gli elementi derivati dalle evidenze scientifiche disponibili.

Esse si basano sulle conoscenze attualmente disponibili e dovrebbero essere applicabili alla maggioranza delle persone con un problema specifico, ma non necessariamente alla totalità di esse.

Vogliono essere ausilio nella pratica clinica e si presentano come sintesi delle informazioni scientifiche disponibili, valutate criticamente secondo principi condivisi dai vari professionisti; devono quindi fare riferimento al problema di partenza per poi poter essere adattate al singolo caso ed alle diverse circostanze.

Le linee guida non si rivolgono a singole categorie di professionisti, bensì offrono raccomandazioni per la gestione dei problemi della persona.

Caratteristiche

- Orientate ai risultati dell'assistenza
- Basate sulle migliori evidenze disponibili
- Accompanate da espliciti livelli di raccomandazioni
- Elaborate da una commissione multidisciplinare
- Applicate in modo appropriato
- Dettagliatamente descritte nella loro validità di applicazione
- Regolarmente aggiornate, tenendo conto dell'evoluzione delle conoscenze disponibili.

Secondo P. Di Giulio, l'uso sistematico di linee guida porta una serie di **vantaggi**:

- Consente di valutare le basi della propria pratica
- Permette l'erogazione di interventi di documentata efficacia, che presentano innegabili vantaggi per l'utente
- Offre un prezioso strumento per l'operatore, che può dimostrare di avere agito in base alle conoscenze più aggiornate e documentare le basi e le motivazioni del proprio operato

- Non concentra l'attenzione sul singolo atto, ma sul percorso assistenziale e sul risultato da ottenere.
- Può costituire uno dei principali criteri per l'accreditamento delle diverse equipe assistenziali

✿ 2.6.2 PROCEDURA

E' la descrizione dettagliata degli atti che si compiono, per eseguire un'attività infermieristica e non può essere modificata.

E' uno strumento rigido, che applica integralmente i concetti scientifici, senza lasciare adito a discrezionalità.

Consiste in una serie di azioni legate tra loro in sequenza logica e cronologica, al fine di ottenere il risultato previsto.

Sono esperienziali-scientifiche, cioè sono azioni dettate dall'esperienza e poi studiate scientificamente.

Sono rivolte a qualsiasi operatore sanitario, in quanto rigide e difficilmente opinabili. Possono anche essere impositive. Possono essere parte integrante di un protocollo.

✿ 2.6.3 PROTOCOLLO

Documento scritto, che fornisce indicazioni non rigide, ritenute ottimali in particolari situazioni.

Fissa i passaggi fondamentali dell'attività infermieristica.

Trasforma i risultati della ricerca infermieristica, in una base di conoscenza comune.

Viene elaborato e condiviso dal gruppo e può essere modificato, in casi di accordo dell'equipe.

In esso sono individuati obiettivi, risorse, procedure assistenziali, motivazioni scientifiche, standard di risultato, indicatori di verifica.

Traduce i risultati della ricerca in indicazioni per la pratica clinica e stimola interrogativi, che possono portare all'adozione di nuovi comportamenti.

E' scientifico-esperienziale, perché redatto con informazioni dotate di evidenza scientifica, che poi si intersecano con le abitudini e le esperienze degli operatori.

Fornisce le motivazioni scientifiche alle fasi del percorso.

E' rivolto a professionisti, cioè a persone in grado di adattarlo all'utente ed alle risorse del momento, adottando le strategie più opportune per garantire ugualmente lo scopo dell'assistenza.

E' completo in quanto fine a se stesso.

❁ 2.6.4 CONSIDERAZIONI GENERALI

L'utilizzo di tali strumenti è essenziale perché uniforma i comportamenti, limitando le variabili ed eliminando la possibilità che il processo di nursing proceda per "*prove ed errori*".

Facilita l'inserimento di studenti e neo-assunti e quest'aspetto è particolarmente rilevante in un' U.O. altamente specialistica come l'EMODIALISI.

Rende osservabili, compatibili, valutabili i comportamenti del personale infermieristico.

Ma soprattutto, riduce indecisione e insicurezza nella gestione delle emergenze, garantendo tempestività e appropriatezza degli interventi.

Con questo non si vuole togliere spazio alla creatività ed alla capacità decisionale dell'infermiere, che comunque dovrà essere in grado di riconoscere e valutare il problema di quella specifica persona, per poi adattarvi lo strumento più idoneo, che indirizzerà le sue azioni.

Ho voluto con queste poche righe definire e chiarire il significato di protocolli, procedure e linee guida, che utilizzerò nello specifico delle diverse situazioni assistenziali che incontreremo.

