



COME ARTICOLARE AL MEGLIO IL RAPPORTO TRA MEDICO ED INFERMIERE NELLE RSA

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia
Journal Club
9 novembre 2018

Zani Michele

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia
Fond. Le Rondini Città di Lumezzane ONLUS

QUALI PUNTI DI INCROCIO?

PRIMA....I RUOLI

POI...IL CONTESTO

DOPO...I PENSIERI

E PER ULTIMO...I MODI

I PUNTI DI INCROCIO: I RUOLI (1)

CHI E' L'INFERMIERE?

L'INFERMIERE:

Art. 1

L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica.

Art. 2

L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

Art. 11

L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati.

Art.14

L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito.

I PUNTI DI INCROCIO: I RUOLI (2)

CHI E' IL MEDICO?

IL MEDICO

Art. 3

Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera.

La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona.

Art. 64

Il medico è tenuto a comunicare al Presidente dell'Ordine i titoli conseguiti utili al fine della compilazione e tenuta degli albi.

Il medico che cambia di residenza, trasferisce in altra provincia la sua attività o modifica la sua condizione di esercizio o cessa di esercitare la professione, è tenuto a darne tempestiva comunicazione al Consiglio provinciale dell'Ordine.

Il medico è tenuto a comunicare al Presidente dell'Ordine eventuali infrazioni alle regole, al reciproco rispetto e alla corretta collaborazione tra colleghi e alla salvaguardia delle specifiche competenze che devono informare i rapporti della professione medica con le altre professioni sanitarie.

Nell'ambito del procedimento disciplinare la mancata collaborazione e disponibilità del medico convocato dal Presidente della rispettiva Commissione di albo costituiscono esse stesse ulteriore elemento di valutazione a fini disciplinari.

Il Presidente della rispettiva Commissione di albo, nell'ambito dei suoi poteri di vigilanza deontologica, può convocare i colleghi esercenti la professione nella provincia stessa, sia in ambito pubblico che privato, anche se iscritti ad altro Ordine, informandone l'Ordine di appartenenza per le eventuali conseguenti valutazioni.

Il medico eletto negli organi istituzionali dell'Ordine deve adempiere all'incarico con diligenza e imparzialità nell'interesse della collettività e osservare prudenza e riservatezza nell'espletamento dei propri compiti.

I PUNTI DI INCROCIO: IL CONTESTO (1)

DOVE LAVORANO INSEME?

RESIDENZA SANTIARIA ASSISTENZIALE (Regione Lombardia)

La Residenza Sanitaria Assistenziale è una struttura residenziale destinata ad accogliere persone anziane non autosufficienti, alle quali garantisce interventi destinati a migliorare i livelli di autonomia, a promuovere il benessere, a prevenire e curare le malattie croniche.

Le RSA garantiscono interventi di natura sociosanitaria destinati a migliorare i livelli di autonomia degli ospiti, a promuovere il benessere, a prevenire e curare le malattie croniche e la loro riacutizzazione.

Le RSA in Lombardia possono essere pubbliche o private, accreditate e non.

Nelle RSA, sia pubbliche che private che sono accreditate e che hanno un contratto con la ATS, una parte dei costi viene sostenuta dal Fondo Sanitario Regionale, l'altra dalle persone ospiti o dai Comuni dove esse risiedono.

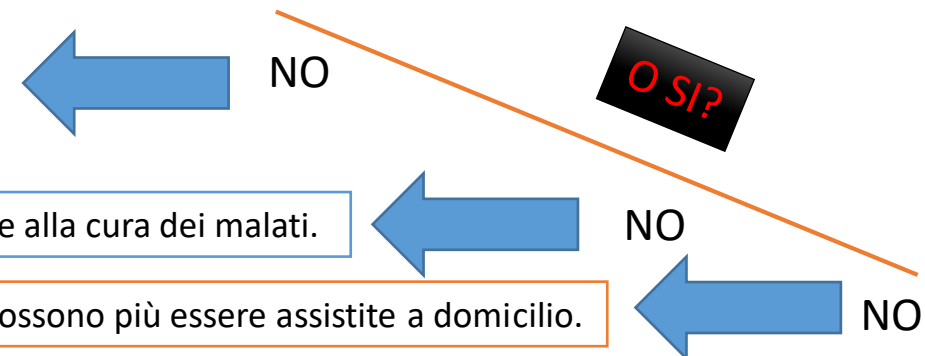
Nelle RSA che non hanno un contratto con la ATS, i costi sono totalmente a carico delle persone ospiti o dei Comuni di residenza.

Le rette a carico della persona ospite sono pubblicate sui siti Internet delle ATS o delle RSA così come la Carta dei Servizi di ogni struttura. La Carta dei Servizi deve essere distribuita a tutti gli ospiti.

Cure Intermedie: rivolto a utenti fragili con bisogni complessi di tipo clinico o assistenziale e sociale, che vengono inviati alle stesse Strutture direttamente da Ospedali, RSA/RSD o dal domicilio, per completare l'iter di cura e facilitarne il reinserimento a domicilio.

Ospedale: istituto pubblico o privato destinato all'assistenza sanitaria, nel quale si provvede al ricovero e alla cura dei malati.

Hospice: sono strutture dedicate all'accoglienza delle persone che necessitano di cure palliative e non possono più essere assistite a domicilio.



I PUNTI DI INCROCIO: IL CONTESTO (2)

IN QUALE RSA LAVORIAMO INSIEME?

OGNI RSA «CERTIFICATA» SI CREA UN PROPRIO MANUALE DELLE COMPETENZE

COMPETENZE E CONOSCENZE INFERMIERE

SPECIFICA CULTURA INFERMIERISTICA E CONOSCENZE DI BASE

CONOSCENZA DI FISICA, STATISTICA, INFORMATICA.

CONOSCENZA DI CHIMICA, BIOLOGIA E GENETICA.

CONOSCENZA DELL'ANATOMIA, LA FISIOLOGIA, LA PATOLOGIA, LA MEDICINA CLINICA.

CONOSCENZA DELLE TECNICHE D'INTERVENTO DI PRONTO SOCCORSO

CONOSCENZA DELLE SCIENZE UMANE E SOCIALI QUALI L'ANTROPOLOGIA, LA PSICOLOGIA, LA PEDAGOGIA E LA SOCIOLOGIA.

CONOSCENZA DELLE NORME ETICO-SOCIALI CHE DISCIPLINANO L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE.

CONOSCENZA DELLA FILOSOFIA DI INTERVENTO DELLA FONDAZIONE LE RONDINI E DEL SERVIZIO

CONOSCENZA DELLA POLITICA PER LA QUALITÀ DELLA FONDAZIONE LE RONDINI

CONOSCENZA DELLE PROCEDURE, PROCESSI, ISTRUZIONI E DOCUMENTI DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ SPECIFICHE DEL SERVIZIO DI COMPETENZA

ATTITUDINE AL LAVORO DI CURA;

ATTITUDINE ALL'ASCOLTO;

ATTITUDINE ALL'OSSERVAZIONE DEI COMPORTAMENTI DEL PAZIENTE (VERBALI E NON VERBALI),

SAPER CONSULTARE LE CARTELLE CLINICHE E IL FASAS CHE FORNISCONO INFORMAZIONI MOLTO PERSONALIZZATE SUL PAZIENTE

ATTITUDINE AL LAVORO D'EQUIPE

ATTITUDINE ALL'ACCOGLIENZA

ATTITUDINE ALLA RELAZIONE

ATTITUDINE A LAVORARE IN AUTONOMIA, E IN EQUIPE NEL LAVORO QUOTIDIANO

PRECISIONE NELLO SVOLGIMENTO DEI COMPITI.

DISPONIBILITÀ E AFFIDABILITÀ NEI CONFRONTI DEGLI UTENTI.

ATTITUDINE ALLA COMUNICAZIONE INTERPERSONALE VERBALE E NON VERBALE.

DISPONIBILITÀ VERSO L'ALTRO /EMPATIA

COMPETENZE E CONOSCENZE MEDICO

SPECIFICA CULTURA MEDICA;

CONOSCENZE DI GERIATRIA;

CONOSCENZE DI BASE DI ONCOLOGIA;

CONOSCENZE DI PNEUMOLOGIA;

CONOSCENZE DI CARDIOLOGIA;

CONOSCENZE DI NEUROLOGIA;

CONOSCENZE RIGUARDO LA VIGENTE LEGISLAZIONE SANITARIA E, NELLO SPECIFICO, QUELLA CONCERNENTE LE RSA

CONOSCENZA DELLA FILOSOFIA DI INTERVENTO DELLA RESIDENZA LE RONDINI E DEL SERVIZIO

CONOSCENZA DELLA POLITICA PER LA QUALITÀ DELLA RESIDENZA LE RONDINI

CONOSCENZA DELLE PROCEDURE, PROCESSI E DOCUMENTI DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ SPECIFICHE DEL SERVIZIO

PREDISPOSIZIONE ALLA LETTURA DEI BISOGNI DELL'OSPITE

ATTITUDINE ALL'ASCOLTO

ATTITUDINE ALLA COMUNICAZIONE

ATTITUDINE ALLA RELAZIONE INTERPERSONALE

PREDISPOSIZIONE AD ASSUMERE DECISIONI

PREDISPOSIZIONE AL PROBLEM SOLVING

PREDISPOSIZIONE ALLA VALUTAZIONE, ANALISI E SINTESI

ATTITUDINI ORGANIZZATIVE

ATTITUDINE ALLA MEDIAZIONE

I PUNTI DI INCROCIO: I PENSIERI (1)

CHIAREZZA DI CHI CI PRENDIAMO CURA

La fragilità è un «**modern geriatric giant**» e un grave problema di salute pubblica nella popolazione anziana

È stata recentemente definita dall'**International Association of Gerontology and Geriatrics Frailty Consensus** come la condizione che aumenta la suscettibilità di una persona a una maggiore dipendenza, vulnerabilità e morte.

E. Dent et al. / JAMDA 18 (2017) 564e575

La fragilità è **una condizione associata all'invecchiamento** in cui multipli sistemi fisiologici perdono gradualmente le loro riserve intrinseche.

N. Martínez-Velilla et al. / JAMDA 18 (2017) 898.e1e898.e8

La fragilità è una condizione in cui l'individuo si trova in uno **stato vulnerabile** con un aumentato rischio di esiti avversi per la salute quando esposto a un **fattore stressante**.

J.E. Morley et al. / JAMDA 14 (2013) 392e397

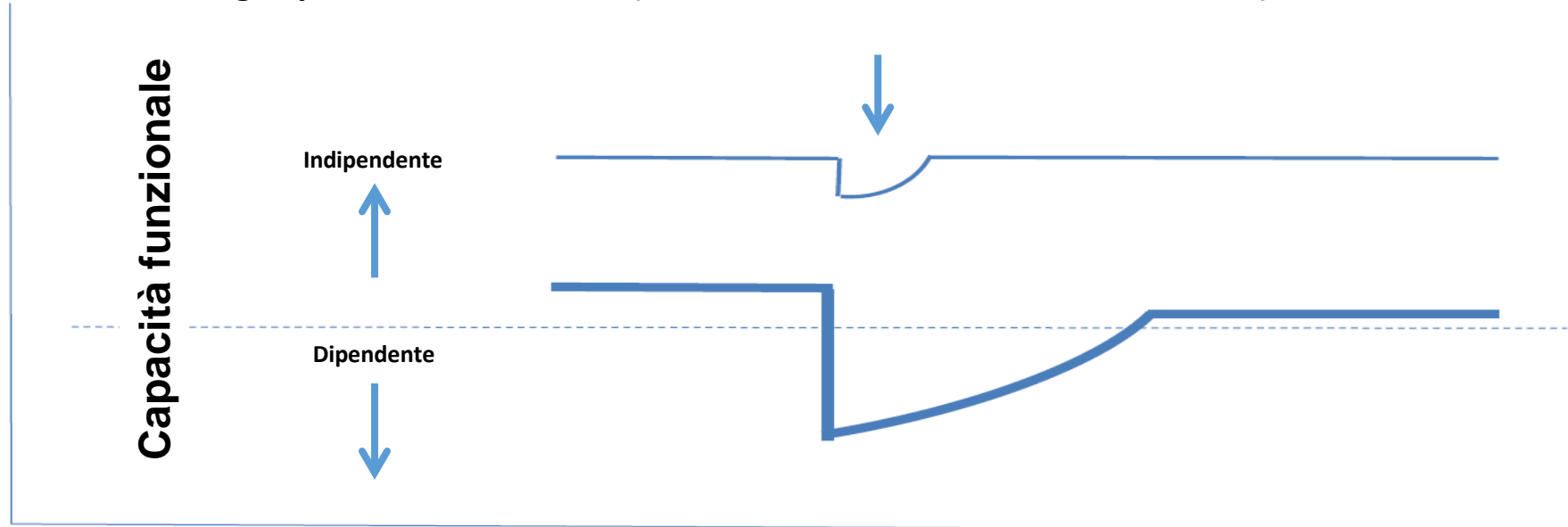
Tra gli anziani istituzionalizzati sono fragili il 20% degli uomini e l'80% delle donne.

N. Martínez-Velilla et al. / JAMDA 18(2017)898.e1e898.e8

I PUNTI DI INCROCIO: I PENSIERI (1)

Vulnerabilità della persona rispetto a un repentino cambio dello stato di salute conseguente a un evento acuto o una procedura minore

Patologia/procedura «minore» (ad es.: infezione delle vie urinarie, TAVI)



La linea più sottile indica la modificazione funzionale di un paziente robusto dopo un evento acuto o procedura minore, (es. un'infezione urinaria/TAVI (Impianto valvolare aortico transcateretere)); la linea più larga indica il peggioramento della funzione dopo un evento analogo di un paziente fragile, che può diventare dipendente e non riuscire a ritornare al livello premorboso. La linea orizzontale tratteggiata indica il cut-off tra lo stato di indipendenza e quello di dipendenza.

I PUNTI DI INCROCIO: I PENSIERI (1)

LA FRAGILITA': LE BASI BIOLOGICHE

Le basi biologiche della fragilità sono multifattoriali, e causano la disregolazione di molti sistemi fisiologici (Fried LP, 2009).

Sono individualmente associati ad una maggiore probabilità di fragilità:

- uno stato pro infiammatorio (Walston J, 2002),
- sarcopenia (Ferrucci L, 2002),
- anemia (Chaves PH, 2005),
- deficienza relativa negli ormoni anabolici (androgeni e ormone della crescita) (Cappola AR, 2009),
- eccesso di esposizione agli ormoni catabolici (cortisolo) (Varadhan R, 2011),
- insulino-resistenza (Barzilay JI, 2007),
- compromissione della funzione immunitaria (Yao X, 2011),
- carenza di micronutrienti e stress ossidativo (Semba RD, 2007).

I PUNTI DI INCROCIO: I PENSIERI (1)

LA FRAGILITA': FATTORI DI RISCHIO

Il rischio di fragilità aumenta con il numero di sistemi fisiologici disregolati in un pattern non lineare che suggerisce effetti sinergici di singole anomalie che da sole possono essere relativamente miti. (Fried LP, 2009)

Tra i fattori eziologici di fragilità sono annoverati:

- la politerapia,
- la malnutrizione calorico proteica,
- l'isolamento sociale e la povertà, (Dent et al., 2017)
- malattie croniche,
- depressione e deterioramento cognitivo (Fried LP, 2004).

I PUNTI DI INCROCIO: I PENSIERI (1)

LA FRAGILITA': PREVALENZA

Il rischio di fragilità aumenta con il numero di sistemi fisiologici disregolati in un pattern non lineare che suggerisce effetti sinergici di singole anomalie che da sole possono essere relativamente miti. (Fried LP, 2009)

Tra i fattori eziologici di fragilità sono annoverati:

- la politerapia,
- la malnutrizione calorico proteica,
- l'isolamento sociale e la povertà, (Dent et al., 2017)
- malattie croniche,
- depressione e deterioramento cognitivo (Fried LP, 2004).

I PUNTI DI INCROCIO: I PENSIERI (1)

LA FRAGILITA': PREVALENZA

La prevalenza della fragilità negli adulti anziani residenti nella comunità della regione Asia-Pacifico è di circa il 3,5% -27%, che è paragonabile alla prevalenza dell'Europa e delle Americhe.

E. Dent et al. / JAMDA 18 (2017) 564e575

Tra gli anziani istituzionalizzati sono fragili il 20% degli uomini e l'80% delle donne.

N. Martínez-Velilla et al. / JAMDA 18(2017)898.e1e898.e8

I PUNTI DI INCROCIO: I PENSIERI (2)

CHIAREZZA DI VISIONE: LE DAT

Il 31 gennaio 2018 è entrata in vigore la [Legge 22 dicembre 2017, n. 219](#), contenente “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”. Come richiamato all’articolo 1 la Legge 219 “tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all’autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge”, nel rispetto dei [principi della Costituzione](#) (art. 2, 13 e 32) e della [Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea](#).

Lo stesso articolo afferma il diritto di ogni persona “di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi”.

I PUNTI DI INCROCIO: I PENSIERI (3)

LA CLINICA

	<input type="checkbox"/> LA PERSONA È COSTRETTA A LETTO O SOLLEVATORE DIPENDENTE	<input type="checkbox"/> LA PERSONA NON È NÉ INDIPENDENTE NÉ IMMOBILE	<input type="checkbox"/> LA PERSONA PUÒ MUOVERSI SENZA AIUTO DA PARTE DEL PERSONALE
<input type="checkbox"/> LA PERSONA È CONFUSA E DISORIENTATA	VALUTA IL POSSIBILE RISCHIO ASSOCIATO ALL'UTILIZZO DELLE SPONDINE	VALUTA IL RISCHIO ASSOCIATO ALL'UTILIZZO DELLE SPONDINE	VALUTA IL RISCHIO ASSOCIATO ALL'UTILIZZO DELLE SPONDINE
<input type="checkbox"/> LA PERSONA È SOPOROSA	PUOI UTILIZZARE LE SPONDINE	VALUTA IL POSSIBILE RISCHIO ASSOCIATO ALL'UTILIZZO DELLE SPONDINE	VALUTA IL RISCHIO ASSOCIATO ALL'UTILIZZO DELLE SPONDINE
<input type="checkbox"/> LA PERSONA È ORIENTATA E VIGILE	PUOI UTILIZZARE LE SPONDINE	PUOI UTILIZZARE LE SPONDINE	PUOI UTILIZZARE LE SPONDINE
<input type="checkbox"/> LA PERSONA È IN COMA	PUOI UTILIZZARE LE SPONDINE		

I PUNTI DI INCROCIO: I PENSIERI (4)

CHIAREZZA E SEMPLICITA' DELLE PROCEDURE (CHI FA CHE COSA)

SITUAZIONI PER LE QUALI POTREBBE ESSERE NECESSARIO L'UTILIZZO DELLA CONTENZIONE FISICA

NELLA PERSONA GIÀ RESIDENTE PRESSO IL CENTRO SERVIZI o PRESSO UNA STRUTTURA INTERMEDIA

Presso i Centri Servizi e le Strutture Intermedie dell'ULSS7 Pedemontana sono stati implementati i seguenti documenti:

- 1. LA PREVENZIONE DELLE CADUTE NEGLI ANZIANI ISTITUZIONALIZZATI/ RICOVERATI PRESSO UNA STRUTTURA INTERMEDIA** con l'obiettivo di promuovere interventi finalizzati a ridurre il rischio di caduta.
- 2. LA GESTIONE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO (BPSD) NEGLI ANZIANI ISTITUZIONALIZZATI/RICOVERATI PRESSO UNA STRUTTURA INTERMEDIA** con l'obiettivo di aumentare la tolleranza dell'organizzazione e degli operatori/professionisti e creare le condizioni affinché siano minimizzati i fattori scatenanti la comparsa di un BPSD.

I documenti di cui al punto 1 e 2 **non** prevedono il ricorso alla contenzione fisica che deve sempre rappresentare l'ultima soluzione, da applicare per il minor tempo possibile, utilizzando il mezzo meno afflittivo.

A. La persona già residente ha un accertato rischio di caduta (Scala Morse>55; Scala Morse>24 e Scala Tinetti <19) e presenta una o più delle seguenti condizioni:

1. Non accetta o non è in grado di comprendere/attuare semplici istruzioni e le misure di sorveglianza e/o sicurezza adottate/adottabili sono inefficaci;
2. Cade a ogni tentativo di alzarsi dalla posizione seduta;
3. Dimostra scarsa consapevolezza dei propri limiti;
4. Manifesta agitazione, irrequietezza, tali da compromettere la percezione di pericolo determinando un rischio per sé maggiore del rischio associato all'utilizzo della contenzione fisica.

DOCUMENTARE nel **DIARIO** e segnalare/riferire al medico quanto ai punti da 1 a 4. Per quanto riportato al punto 4 utilizzare i descrittori (agitazione, irrequietezza) del Neuro Psychiatric Inventory (NPI).

I PUNTI DI INCROCIO: I PENSIERI (5)

TERAPIA AL BISOGNO SÌ O NO?

Evitare nelle prescrizioni la frase “**al bisogno**”, ma, qualora riportata, deve essere specificata la posologia, la dose massima giornaliera e l’eventuale intervallo di tempo fra le somministrazioni



Ministero della Salute

Raccomandazione n. 7, marzo 2008

I PUNTI DI INCROCIO: I PENSIERI (5)

PRESCRIZIONE AL BISOGNO VS TERAPIA CONDIZIONATA

Un esempio di prescrizione condizionata è rappresentato dalla terapia antidolorifica: i protocolli contemplano la somministrazione di farmaci antidolorifici prestabiliti (principio attivo, posologia, via di somministrazione) in presenza e intensità del dolore rilevato mediante strumenti (Scale di valutazione come la VAS) standardizzati. L'infermiere che rileva il dolore somministra, secondo prescrizione, la terapia.

Legge 15 marzo 2010, n. 38 Disposizioni per garantire l'accesso alle "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"

I PUNTI DI INCROCIO: I PENSIERI (5)

PRESCRIZIONE AL BISOGNO VS TERAPIA CONDIZIONATA

La stessa cosa può essere adottata per altre condizioni cliniche definite (Esempio: iperpiressia, disturbi del comportamento in persone affette da demenza) e il cui riconoscimento è affidato all'infermiere attraverso la rilevazione documentata di segni e sintomi predefiniti dalla stessa prescrizione (es. Se la temperatura è uguale o superiore a 38°C somministrare 1cp di...)

Nella prescrizione dovranno essere specificati tutti i dati propri di una compiuta prescrizione:

- principio attivo, dose, forma farmaceutica e modalità di somministrazione
- limite posologico e intervallo di tempo che deve intercorrere tra una somministrazione e l'altra.

I PUNTI DI INCROCIO: I PENSIERI (5)

PRESCRIZIONE AL BISOGNO VS TERAPIA CONDIZIONATA

Evitare le richieste verbali o telefoniche dei farmaci. Se ciò fosse necessario, e solo in caso di urgenza, ripetere chiaramente o scandire lettera per lettera, il nome del farmaco o del principio attivo e il dosaggio;



Ministero della Salute

Raccomandazione n. 12, agosto 2010

I PUNTI DI INCROCIO: I PENSIERI (5)

LA PRESCRIZIONE TELEFONICA

“Le prescrizioni verbali o telefoniche vanno evitate e, laddove presenti, devono essere limitate solamente a **circostanze particolari** e in ogni caso verificate immediatamente (ad esempio, facendo ripetere l’operatore) e subito riportate in cartella clinica”.



Ministero della Salute

Raccomandazione n.7, marzo 2008

I PUNTI DI INCROCIO: I PENSIERI (5)

LA PRESCRIZIONE TELEFONICA

Appena possibile, la prescrizione verbale o telefonica deve essere registrata in forma scritta dal prescrittore, con annotazione – nella documentazione di competenza - della pregressa prescrizione verbale, affinché sia rintracciabile la reale sequenza degli atti.

Benci L., Aspetti giuridici della professione infermieristica – elementi di legislazione sanitaria. McGraw – Hill, 2008 V Edizione.

Negrini G., Terapia al bisogno Professione Infermiere. 2006; 2: 35-39

Vanzetta M., Volterrani M., Farmaci e infermiere – un prontuario per la somministrazione, McGraw – Hill, 2004.

I PUNTI DI INCROCIO: I PENSIERI (5)

LA PRESCRIZIONE TELEFONICA

Il Professionista a cui compete dar seguito alla citata prescrizione avrà cura di annotare, nelle scritture di pertinenza, la disposizione ricevuta, corredata di precisazione temporale, delle generalità del prescrittore, di eventuali testimoni e di ogni altro elemento correlato che valuti appropriato registrare.

Benci L., Aspetti giuridici della professione infermieristica – elementi di legislazione sanitaria. McGraw – Hill, 2008 V Edizione.

Negrini G., Terapia al bisogno Professione Infermiere. 2006; 2: 35-39

Vanzetta M., Volterrani M., Farmaci e infermiere – un prontuario per la somministrazione, McGraw – Hill, 2004.

I PUNTI DI INCROCIO: I PENSIERI (6)

IL LAVORO NOTTURNO

ASPETTI
POSITIVI

PAURE

DIFFICOLTÀ

«L'assistenza infermieristica durante la notte: revisione narrativa della letteratura» Luisa Saiani, Anna Brugnolli, Maria Grazia Ghitti, Sonia Martin, Nelly Rinaldi, Lucia Zannini. Ass Inferm e Ric Mar 2010 132-139

I PUNTI DI INCROCIO: I PENSIERI (6)

IL LAVORO NOTTURNO

LATI POSITIVI: lavorare senza interruzioni, imparare a prendere decisioni in autonomia, avere il tempo per parlare e conoscere i pazienti, momento di accrescimento delle proprie competenze

LATI NEGATIVI: paura che accadano eventi gravi , lavorare con medici inesperti o non collaborativi , lavorare con giovani colleghi, paura di trovare un decesso o una caduta , impossibilità a consultarsi, fatica fisica

Benci L., Aspetti giuridici della professione infermieristica – elementi di legislazione sanitaria. McGraw – Hill, 2008 V Edizione.

Negrini G., Terapia al bisogno Professione Infermiere. 2006; 2: 35-39

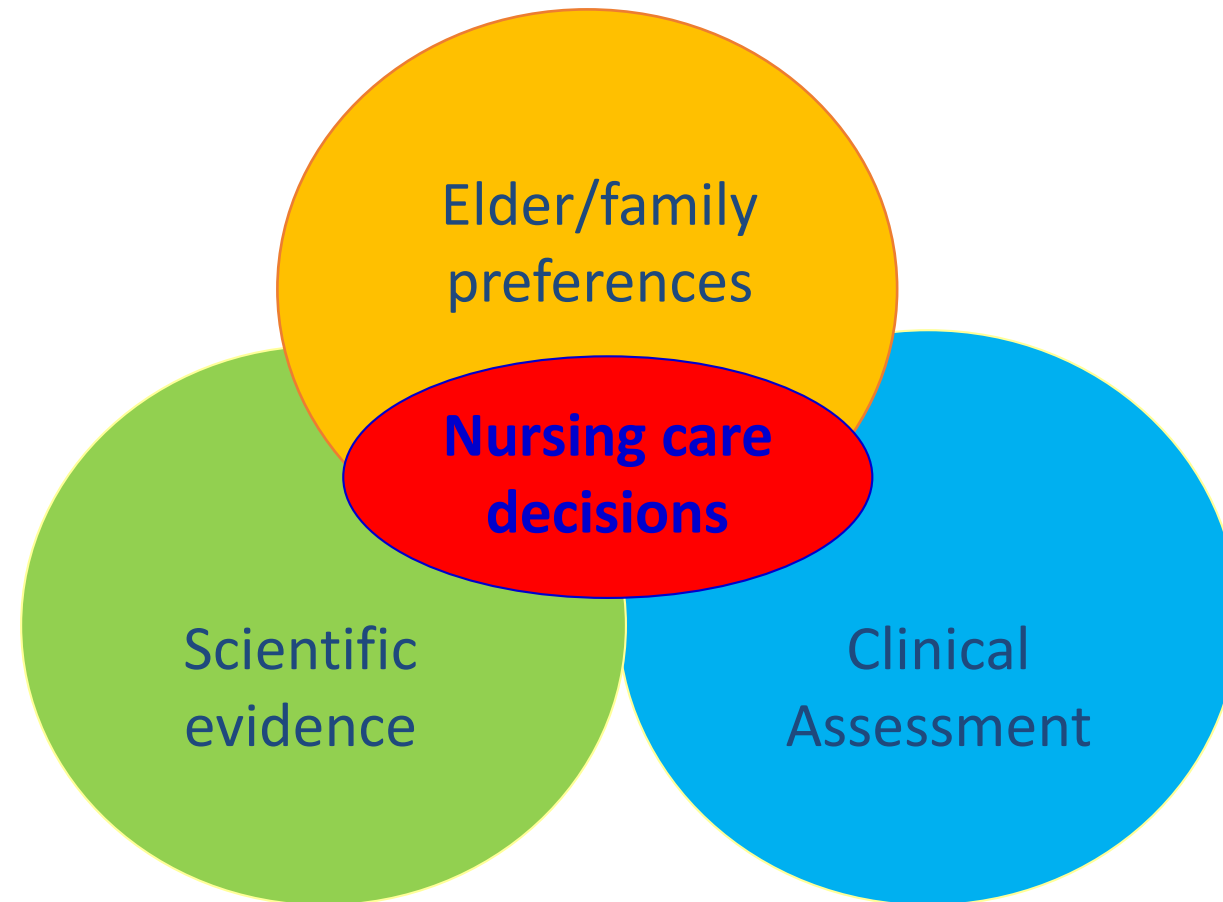
Vanzetta M., Volterrani M., Farmaci e infermiere – un prontuario per la somministrazione, McGraw – Hill, 2004.

I PUNTI DI INCROCIO: I PENSIERI (6)

IL LAVORO NOTTURNO: 10 CONSIGLI

1. Pianificare il lavoro notturno evitando di concentrare a fine turno attività assistenziali che richiedono maggiore attenzione e precisione, che comportano rischi e quelle faticose
2. Ridurre attività non assistenziali di riordino (soprattutto se rumorose e richiedono molta attenzione)
3. Concordare nell'ambito del team la frequenza dei giri notturni e su quali pazienti devono essere intensificati
4. Garantire ai pazienti confusi, agitati o con declino cognitivo, quando possibile, la presenza del caregiver, al quale dovrebbe essere garantito il comfort necessario
5. In accordo con il personale medico ridurre le terapie notturne e distribuirle in orari che non interrompano il sonno dei pazienti
6. Attivare strategie di integrazione con i medici per facilitare la migliore presa di decisione anche durante la notte
7. Garantire sempre la presenza di un infermiere esperto nel team notturno
8. Valorizzare il lavoro notturno e definire un rapporto di operatori adeguato alla complessità clinica dei pazienti
9. Promuovere l'esperienza notturna nei percorsi di formazione
10. Facilitare la vigilanza attiva, ridurre i rumori e l'illuminazione non necessaria, ridurre la fatica degli infermieri

PUNTI DI INCROCIO: I PENSIERI (7)



I PUNTI DI INCROCIO: I MODI (1)

LA MIA ESPERIENZA

L'EQUIPE

I MIEI STUDI