

GLOSSARIO

Questo glossario è il frutto di un confronto tra i colleghi del gruppo di lavoro costituitosi per la revisione dei progetti: non ha quindi il carattere di esaustività e absolutezza di un lavoro scientifico, è piuttosto l'espressione di un accordo, raggiunto attraverso la discussione, su alcuni dei termini che ricorrono con maggiore frequenza nella pratica assistenziale e nel rapporto formativo con gli studenti, e che sono presenti nella definizione degli obiettivi di apprendimento dei vari Progetti di tirocinio. Tali termini sono spesso soggetti ad interpretazioni diverse tra stessi colleghi, lo scopo di questo lavoro è quindi esclusivamente quello di raggiungere una certa omogeneità sulla terminologia che solitamente adottiamo, per facilitare la comunicazione al nostro interno e con gli studenti, in particolare nel momento della progettazione del loro tirocinio e della valutazione del loro apprendimento.

Tutti i colleghi sono quindi invitati ad esprimere la loro opinione in merito, con proposte di integrazioni, o correzioni, o semplificazioni su quanto scritto, in modo da ottenere un prodotto il più possibile condiviso.

(1) ACCOGLIENZA : atto dell'accogliere la persona e la sua famiglia nell'ambito del contesto di cura. Gli obiettivi generali sono di :

- favorire l'orientamento e l'inserimento della persona nel contesto specifico
- facilitare l'espressione dell'ansia e della paura della persona
- favorire l'espressione delle necessità di aiuto
- creare un clima di fiducia, rispetto, sicurezza e collaborazione

(2) COMUNICARE : trasmettere un messaggio da una fonte a un destinatario attraverso un mezzo/ canale di comunicazione. La comunicazione con la persona assistita e la sua famiglia avviene, in modo reciproco, attraverso segni, informazioni codificate, altamente simboliche. Attraverso la comunicazione verbale si possono esprimere concetti; con l'espressione non verbale (il linguaggio del corpo, dello sguardo, del viso, il modo di vestire, gli atteggiamenti e i comportamenti della persona) si manifestano emozioni e sentimenti.

Occorre osservare il comportamento comunicativo della persona assistita e di se stessi cercando di cogliere i segni e i legami che si instaurano tra i diversi aspetti per capire ed esplicitare:

- ciò che le persone tentano di comunicarsi
- gli elementi che preoccupano la persona assistita
- il livello di consapevolezza della persona in relazione al suo stato di salute / malattia
- la capacità di riconoscimento dei suoi problemi attuali
- le richieste di aiuto che pone

Gli strumenti da attivare per facilitare la comunicazione sono:

- l'ascolto attivo della persona, caratterizzato da: stare in silenzio, sospendere il giudizio, osservare gli atteggiamenti, le espressioni, la postura e i movimenti dell'altro e i propri; prestare attenzione ai contenuti dei discorsi, ai sentimenti, ai toni affettivi espressi, ai temi ricorrenti ; prestare attenzione ai sentimenti che l'altro suscita, prestare attenzione alle richieste esplicite.
- la risposta esplorativa caratterizzata da attendere prima di rispondere e dal facilitare la persona ad esprimere: come percepisce se stessa nello stato attuale, in relazione al suo mondo ; come percepisce il suo problema, quali responsabilità attribuisce a se stesso e agli altri , quali possibilità di azione ritiene di avere, che aiuto si aspetta dal servizio e dall'infermiere.

La comunicazione va adattata alla cultura e alle abitudini di vita della persona, alle sue condizioni fisiche, alle sue reazioni psicologiche e al contesto di cura ed è finalizzata ad identificare le risorse attivabili da parte della persona coinvolta nel progetto assistenziale.

(3) RACCOLTA DATI : processo sistematico di acquisizione di informazioni sul paziente che si ottiene con modalità diverse (l'osservazione, l'esame fisico, il colloquio, la consultazione della documentazione..) e da diverse fonti (la persona stessa, i suoi familiari, la documentazione clinica, gli altri componenti dell'équipe di cura...). Può avvalersi di strumenti costruiti appositamente per raccogliere informazioni su aspetti specifici, come le scale di valutazione (per il dolore, per l'autonomia, per l'ansia, per il rischio di lesioni da pressione...) modelli predefiniti di intervista al paziente (accettazione d'urgenza, presa in carico domiciliare...).

Requisiti fondamentali: le informazioni raccolte sono finalizzate alla realizzazione del piano di cura, devono essere registrate, il loro trattamento deve garantire la privacy della persona e il diritto alla riservatezza.

(4) LIVELLO DI AUTONOMIA: è la valutazione della capacità che la persona ha di prendersi cura di se stessa , contestualizzata nel tempo e nello spazio, in rapporto a :

- la stabilità clinica
- la comprensione della propria situazione e di autodeterminarsi
- la capacità fisica di mettere in atto le azioni e i comportamenti che si è deciso di intraprendere

Per determinare il livello di autonomia si devono considerare la cultura, le abitudini di vita e le modalità di gestione della propria salute da parte della persona assistita; la valutazione del benessere o della soddisfazione riguardo la qualità di vita è estremamente soggettiva.

La definizione della qualità di vita comprende differenti aree o domini : quello fisico, quello psicologico, l'indipendenza, le relazioni sociali, l'ambiente, la spiritualità, le credenze e i valori personali. Descrivere la qualità di vita non equivale a descrivere lo stato di salute ma comprendere come la persona percepisce il proprio stato di salute ed altri aspetti non medici della sua vita (The WHOQOL Group 1995)

(5) OBIETTIVI ASSISTENZIALI: la descrizione di quello che sarà lo stato della persona assistita dopo l'attuazione degli interventi di assistenza e di cura programmati per rispondere ai suoi bisogni di assistenza infermieristica. E' indispensabile che sia precisato per ciascun obiettivo:

- il soggetto: chi è la persona interessata
- il verbo: qual è l'azione prevista
- la condizione: in quali circostanze deve avvenire

(6) ADATTAMENTO: è un processo attivo e creativo che impegna la persona a rispondere positivamente ai mutamenti ambientali .

Adattare gli interventi significa progettare e realizzare le attività assistenziali in relazione:

- alla situazione clinica- assistenziale
- alle priorità evidenziate dalla persona stessa, al suo progetto esistenziale , alle abitudini socio-culturali e al suo stile di vita
- alle risorse fisiche e psicologiche presenti e attivabili dalla persona e dalla sua famiglia coinvolti attivamente nella pianificazione
- all'accettabilità espressa dalla persona

(7) DOCUMENTARE: registrare i dati inerenti la persona, le sue reazioni , le attività assistenziali e le osservazioni effettuate, i risultati attesi e quelli ottenuti , utilizzando in modo efficace e preciso gli strumenti informativi del servizio.

(8) VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA: é il giudizio sull'efficacia dell'assistenza pianificata ed erogata in relazione al raggiungimento degli obiettivi. Tale valutazione deve essere effettuata congiuntamente dal paziente e dagli infermieri.

La valutazione sarà dunque effettuata:

- per verificare il grado di raggiungimento di un obiettivo pianificato
- per verificare il livello di soddisfazione della persona assistita
- per rivedere il piano assistenziale

(9) INTERVENTO EDUCATIVO: l'intervento educativo ha l'obiettivo di coadiuvare la persona a prevenire e gestire, nell'ambito della vita quotidiana, i principali problemi correlati alla malattia mantenendo un elevato livello di aderenza (16) alle prescrizioni e, contemporaneamente, uno stile di vita per lei piacevole.

L'intervento educativo si articola in:

- identificazione dei problemi che richiedono un'autogestione da parte della persona
- identificazione delle capacità richieste alla persona e/o persona di riferimento per prevenire e/o gestire il/i problema/i
- definizione del programma necessario per raggiungere e/o integrare/supportare le capacità richieste (chi, come, quando)
- analisi con la persona del programma necessario per acquisire le capacità e negoziazione con la stessa, secondo le sue necessità e prospettive, tra livelli di sicurezza e livelli di accettabilità e fattibilità
- applicazione del programma e valutazione con la persona dei risultati conseguiti

(10) DIMISSIONI : fase conclusiva del percorso della persona assistita all'interno di uno specifico contesto di cura. Per garantire la continuità assistenziale è necessario identificare tempestivamente:

- i problemi attivi ancora irrisolti
- le possibili soluzioni assistenziali (assistenza domiciliare, altri servizi e / o associazioni di aiuto e sostegno)
- il possibile coinvolgimento della persona e del care giver

(11) ORGANIZZARE LE ATTIVITÀ: decidere e programmare tenendo conto dei bisogni della persona assistita, delle priorità e delle variabili del contesto organizzativo (valutare risorse materiali e personali, stabilire i tempi, specificare chi fa e che cosa).

(12) ATTRIBUIRE: assegnare compiti pertinenti al personale di supporto

(13) INTERAGIRE: comportarsi in modo da provocare e subire reciprocamente una modifica dei propri comportamenti.

L'intenzionalità comporta:

- essere mirata agli obiettivi
- riconoscere gli specifici ruoli
- assumersi le responsabilità derivanti dal proprio ruolo
- collaborare all'interno dell'équipe

(14) ANALISI E SOLUZIONE DEI PROBLEMI ORGANIZZATIVI: riconoscere le difficoltà di natura organizzativa (legate alle prestazioni, risorse, tempo ecc..) presenti in un servizio, ricercando una soluzione, attraverso le seguenti tappe:

- identificare i problemi affrontabili
- scomporre il problema nelle sue componenti principali per esaminarle una per una
- individuare i problemi prioritari
- proporre soluzioni attraverso interventi mirati a superare il problema organizzativo
- confrontarsi con i professionisti

(15) AUTOVALUTAZIONE DELLO STUDENTE: é una competenza professionale che si realizza attraverso:

- l'analisi della propria performance, evidenziando, attraverso il confronto con un risultato atteso descritto, lo scarto esistente
- analizzando le ragioni di questo scarto (mancanza di conoscenze, capacità psicomotorie e relazionali, caratteristiche del contesto....)
- descrivendo l'area di bisogno formativo inevaso

(16) ADERENZA coinvolgimento attivo e collaborativo del paziente a cui si chiede di partecipare alla pianificazione e all'attuazione del trattamento elaborando un consenso basato sull'accordo (Myers e Midence 1998). Il concetto di **aderenza** non è equivalente al concetto di adesione. Mentre l'adesione c'è o non c'è e non ha gradualità, l'aderenza si riferisce a una condizione che può presentarsi con molti livelli di intensità