



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI**  
**CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**  
**Scienze Infermieristiche Specialistiche in Chirurgia**

---

## **Pianificare l'assistenza**

**Dr. Caldararo Cosimo**

# Problemi Infermieristici e Problemi Medici

➤ **Un moderno sistema di sanitario ha come scopo di:**

- dare anni alla vita
- dare vita agli anni

➤ **Problemi di salute e disagio sociale sono spesso**

**inestricabilmente connessi:**

- il disagio e la disabilità producono malattia
- la malattia produce disabilità e disagio

➤ Per rispondere ad essi e quindi necessaria sia una precisa conoscenza delle patologie che dei problemi che queste causano o da esse derivano

## La finalità e la professionalizzazione del nursing

L'assistenza diventa professionale non per le azioni che fa, ma per la consapevole finalizzazione ad un obiettivo di beneficio per l'altro, il che permette di assegnare i due pilastri del ragionamento clinico:

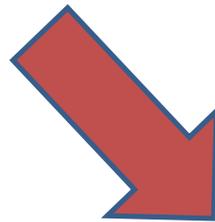
a) Quali sono le caratteristiche del soggetto in ingresso (definizione della casistica clinica e sistema diagnostico);

b) quali sono le caratteristiche di uscita (obiettivo che, se raggiunto, sancisce la soluzione dell'assistenza).

# Come e quando l'infermiere assiste?

Il quesito richiede:

- Un linguaggio specifico disciplinare
- La definizione delle condizioni di bisogno rispetto le quali giustificare l'assistenza
- Motivare perché, in determinate situazioni, è l'assistenza infermieristica e non quella medica a rappresentare la migliore scelta per il paziente.



**Alternative alla concettualità  
della cultura medica**

## Come e quando l'infermiere assiste?

La professionalizzazione dell'attività assistenziale si realizza nel momento in cui le conoscenze utilizzate dagli infermieri

**giungono** ad essere organizzate in un corpo sistematico di teorie e

**vengono applicate** secondo un insieme condiviso di strumenti metodologici e tecnici allo scopo di assicurare un'efficace assistenza infermieristica.

# Il processo di assistenza

Il processo di assistenza è il metodo clinico dell'assistenza infermieristica e rappresenta l'applicazione sistematica del problem solving ai bisogni e ai problemi di salute della persona che necessita di assistenza infermieristica.

# Il processo di assistenza

Il processo di assistenza si realizza nell'"*applicazione del metodo scientifico*", che permette attraverso la logica, di identificare e interpretare i problemi e di trovare le più opportune risposte "per la soluzione dei problemi assistenziali".

La Greca, 1993

# Il metodo scientifico

Modalità con cui la scienza procede per raggiungere una conoscenza oggettiva, affidabile, verificabile e condivisibile.

Il metodo scientifico costituisce un insieme di criteri sulla base dei quali un risultato di ricerca o un'ipotesi teorica può essere considerata scientifica.

**Metodo scientifico:**

- formulazione di ipotesi
- osservazione sperimentale
- controllo delle ipotesi
- falsificabilità

## Dal metodo scientifico al metodo clinico

**Il metodo clinico è unico e vale per tutte le discipline.**

Quello che cambia è il corpus di conoscenze disciplinari e il campo di azione.

Può essere definito come:

“Insieme di operazioni intellettuali che permettono di:

- formulare una diagnosi
- spiegare i fenomeni presentati dal paziente
- prevedere lo svolgimento futuro dei fenomeni
- modificare il decorso dei fenomeni mediante una terapia” (*Federspil, 2005*)

## Dal metodo scientifico al metodo clinico

Dall'osservazione vengono avanzate una serie di ipotesi che devono essere rigorosamente verificate; i risultati della verifica possono confermare o confutare i risultati delle indagini effettuate, e approfondendo sempre più l'indagine ed eliminando progressivamente numerose ipotesi, si arriverà alla diagnosi definitiva, che si fonda pertanto non solo sull'osservazione, ma su una serie di ragionamenti, la cui validità è necessaria perché le conclusioni siano corrette.

## Il sapere infermieristico

La professione infermieristica secondo Sironi (1992), in quanto scienza applicata, è una scienza di secondo grado, che trae i suoi principi da altre discipline di primo grado e, a differenza di quella medica, **solo agli inizi del Novecento ha iniziato una riflessione sul proprio contenuto epistemologico.**

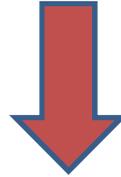
## Il sapere infermieristico

L'infermieristica è una scienza umanistica che si basa sulle scienze umane ed è focalizzata sull'uomo che, attraverso le sue esperienze di salute, partecipa alla vita (Parse, 1981).

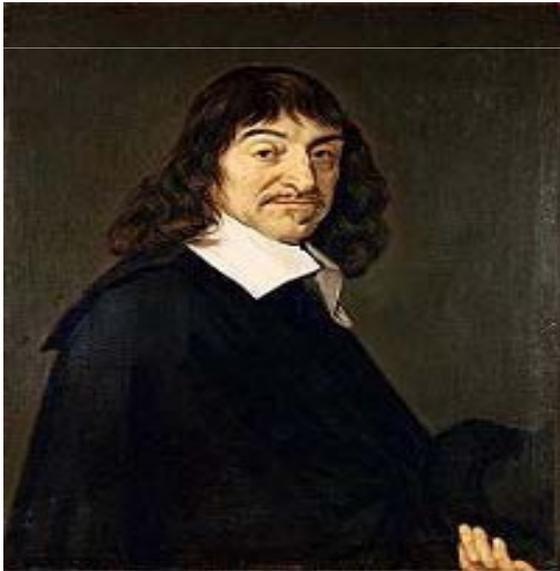
Le conoscenze teoriche dell'infermieristica derivano dalle scienze naturali, fisiche e comportamentali, dalle scienze umane e dalla ricerca.

# Il sapere infermieristico

Il metodo clinico applicato  
all'infermieristica



Il processo di nursing



*metodo: μετα-οδος  
(la strada per...)*

*È molto meglio non pensar mai alla ricerca  
della verità di alcuna cosa, che farlo senza  
metodo.*

*Cartesio, Regulae ad directionem ingenii*

## Il problem solving

E' il metodo scientifico logico e sistematico di identificazione e risoluzione dei problemi su cui si basa il processo di nursing.

Elaborato dalla psicologia cognitiva, è un processo mentale ed operativo che dopo aver analizzato le condizioni iniziali di una determinata situazione, cerca di modificarlo per raggiungere il risultato previsto.

# Il problem solving

~~X~~ Il **problem solving**, o metodo di risoluzione dei problemi, è il metodo che viene utilizzato dall'uomo per risolvere le difficoltà che incontra nel corso della sua vita.

# Metodi per risolvere i problemi

- ✓ **Problem solving spontaneo:** si reagisce al problema in modo spontaneo, istintivo.
- ✓ **Problem solving per tentativi ed errori:** non c'è nessuna annotazione di risultato e chi risolve il problema non sa perché certe azioni riescono ed altre falliscono.

# Metodi per risolvere i problemi

- ✓ **Problem solving per intuizione:** non si ricorre al ragionamento. L'intuizione può essere valida ma deve essere successivamente comprovata dai dati.
- ✓ **Problem solving per esperienze pregresse:**
  - ✓ ci si basa sulle esperienze vissute ma non è comprovato, non è sistematizzato.
- ✓ **Problem solving scientifico:** approccio scientifico ai problemi.

# Fasi del problem solving scientifico

- Riconoscere e definire il problema
- Raccogliere informazioni sul problema
- Analizzare i dati e formulare le ipotesi
- Individuare soluzioni ed elaborare un piano d'azione
- Attuare il piano d'azione
- Valutare il piano e le azioni per assicurarsi della sua efficacia
- conclusione



1. Accertamento

2. Diagnosi

3. Pianificazione

4. Attuazione

5. valutazione

# Il processo di nursing

Il processo di nursing è una metodologia che restituisce centralità ai bisogni della persona e dà spazio alla professionalità e all'intelligenza dell'infermiere.

# Significati dei termini

## Processo

..dal latino "procedere"  
indica il modo di  
procedere per  
raggiungere un  
determinato scopo

## Nursing

Da Nourish che deriva dal  
latino "nutrire, allattare"

Il verbo "To nurse"

Significa "nutrire al seno,  
allattare". Intraducibile  
nella nostra lingua  
assume il significato di  
aiutare.

Attualmente sostituito con  
"assistenza infermieristica"

# Significati dei termini

## Processo:

**“ Insieme di attività tra loro collegate - in sequenza logica e temporale – svolta da una o più unità organizzative e finalizzate alla realizzazione di un risultato definito e misurabile a favore di un cliente”**

## O.M.S. 1993

**Definisce il processo di nursing come :**

“un termine applicato ad un sistema di specifici interventi assistenziali per la salute degli individui e delle famiglie e/o comunità. Comprende l'utilizzo del metodo scientifico per il riconoscimento dei bisogni di salute del paziente/cliente/famiglia o comunità e per selezionare tra questi quelli che possono essere realmente affrontati con le cure infermieristiche; inoltre include la pianificazione del soddisfacimento di tali bisogni, l'erogazione dell'assistenza e la valutazione dei risultati.”

## Il processo di nursing come applicazione del P. solving

- Il **problem solving scientifico**, in tutte le sue fasi, non può essere applicato rigidamente in ambito assistenziale.
- Il **processo di nursing** nasce dal **problem solving** apportando modifiche allo stesso pur mantenendone inalterati i principi di logicità e sistematicità che lo regolano.

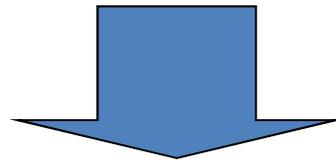
# Il processo di nursing

- Il **processo di nursing** è un approccio scientifico per la risoluzione dei problemi assistenziali della persona.
- Per l' INFERMIERE è un metodo per acquisire **capacità decisionali.**

# Origini del processo di nursing

## Florence Nighthingale (1820-1913)

- Concetto di conoscenza: ambiente salute
- Capacità di saper osservare: abilità fondamentale
- Il sostegno dell'infermiere nel processo di guarigione
- Concetto di responsabilità: nel nutrire, somministrare la terapia, nell'igiene ambientale nel soddisfare i bisogni fisiologici



elementi caratterizzanti l'assistenza

# Perché il processo di nursing per l'infermiere

- Promuove un'assistenza personalizzata
- Favorisce lo sviluppo delle competenze
- Sviluppa il pensiero critico
- Rispetta l'attuale normativa
- Fa parte degli standard professionali
- Rende visibile il lavoro infermieristico
- Aumenta la soddisfazione e la crescita professionale
- Promuove la collaborazione e l'integrazione
- Favorisce la valutazione dei risultati
- Promuove l'accreditamento professionale

# Perché il processo di nursing per la persona

- È centrato sulla persona ed è orientato verso i suoi problemi
- Aumenta la partecipazione della persona all'assistenza, ne promuove l'autonomia e la salute
- È orientato verso il miglioramento della qualità delle cure
- Può essere applicato ad un singolo individuo, ma anche alla famiglia o alla comunità
- Fornisce sicurezza alla persona assistita

# Evoluzione del processo di nursing U.S.A.

<b>L.HALL</b>  1955	Utilizza per prima il termine di "Processo di nursing"  Fasi:  ✓ osservazione ✓ erogazione dell'assistenza ✓ Validazione
<b>D.JOHNSON</b>  1959	Fasi:  ✓ Accertamento ✓ Decisione ✓ Azione infermieristica
<b>I.J.ORLANDO</b>  1961	Fasi:  ✓ Comportamento del paziente ✓ Reazione dell'infermiere ✓ Azione dell'infermiere

# Evoluzione del processo di nursing Vanadà

CANADIAN NURSES  
ASSOCIATION

1987

II Edizione degli standard  
“Definizione dell’esercizio  
professionale del nursing e  
Standard per l’esercizio  
professionale del  
Nursing”, richiede che  
l’infermiere sia competente  
in tutte le fasi del processo  
di nursing

# Evoluzione del processo di nursing U.S.A.

<p><b>AMERICAN NURSE ASSOCIATION (ANA) 1998</b></p>	<p>Revisione degli "Standard of clinical nursing practice"</p> <p>Fasi:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Accertamento</li><li><input type="checkbox"/> Diagnosi</li><li><input type="checkbox"/> Pianificazione degli obiettivi</li><li><input type="checkbox"/> Pianificazione dei risultati</li><li><input type="checkbox"/> Attuazione</li><li><input type="checkbox"/> valutazione</li></ul>
---	--

# Fasi del processo di nursing

1. Accertamento
2. Diagnosi
3. Identificazione degli obiettivi
4. Pianificazione degli interventi
5. Attuazione
6. Verifica/Valutazione

# Accertamento

Significa stimare, valutare, osservare, raccogliere i dati oggettivi e soggettivi, raccogliere informazioni dalle varie fonti e con differenti modalità.

Accertamento implica la raccolta, la verifica e l'organizzazione dei dati sullo stato di salute della persona allo scopo di pianificare un'assistenza personalizzata.

L'accertamento completo considera le diverse dimensioni della persona: fisica, psicologica, sociale e spirituale.

## Accertamento: a cosa serve?

- ❑ Acquisire dati specifici sulla persona;
- ❑ Verificare il mantenimento dei “modelli funzionali della salute;
- ❑ Ottenere informazioni su problemi reali e potenziali della persona.

## Accertamento: capacità necessarie

- ❑ Osservare;
- ❑ Effettuare misurazioni e rilevazioni;
- ❑ Discriminare tra più dati;
- ❑Cogliere una situazione;
- ❑Porre dei quesiti;
- ❑Relazionarsi con i diversi attori coinvolti ( persona, familiari, medico curante, ecc.).

## Accertamento: come va effettuato?

- ❑ Attraverso un esame generale della persona;
- ❑ Attraverso la rilevazione dei parametri vitali;
- ❑ Consultando la documentazione disponibile;
- ❑ Raccogliendo dati mirati su specifiche aree riferite alle ipotesi di problema tramite l'intervista.

## Accertamento: modelli

❑ **Testa piedi:** si utilizza per l'esame fisico della persona rilevando anche i parametri vitali;

**Esame fisico:**

✓ **Ispezione/osservazione**

✓ **Palpazione**

✓ **Percussione**

✓ **Ascultazione**

## Accertamento: modelli

- ❑ **Sistemi corporei:** utilizzato dal medico per valutare un apparato una funzione;
- ❑ **Modello funzionale:** utilizzato per rilevare le capacità della persona di svolgere le attività quotidiane ( “modelli funzionali di salute” della Gordon).

# Accertamento: caratteristiche dei dati

Il DATO è un fatto registrato senza nessun tentativo di metterlo in relazione ad una causa.  
I dati non comprendono interpretazioni o giudizi.

I dati possono essere :

**OGGETTIVI**

**SOGGETTIVI**

## Dati oggettivi

- Sono dati che si rilevano attraverso i sensi o attraverso strumenti di rilevazione.
- Sono dati inconfutabili : chiunque li rilevi ne avrà quella e quella sola percezione.

## Dati soggettivi

- Sono **informazioni** fornite dalla persona o dai familiari.
- Riguardano :
  - abitudini di vita
  - problemi passati
  - problemi presenti
  - ambiente di vita
  - conoscenze specifiche

# Interpretazione dei dati raccolti

❑ **Confrontare i singoli dati con standard e valori normali**

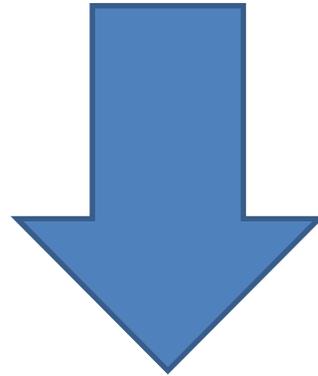
( es. quale è la diuresi in una persona adulta; caratteristiche delle urine= contrazione diuresi ; urine concentrate)

❑ **Aggregare i dati rilevanti cercando delle eventuali relazioni tra essi**

( diuresi influenzata da quantità liquidi introdotti..)

# Formulazione di una ipotesi diagnostica

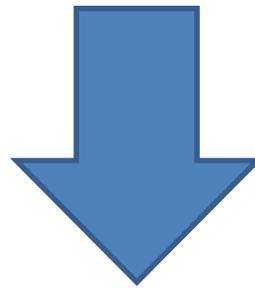
E' la formulazione di una ipotesi provvisoria per descrivere un problema che si sospetta (indizio Diagnostico)



## Accertamento mirato

## Accertamento mirato

Consiste nell'acquisire dati selezionati/ specifici allo scopo di confermare od escludere l'ipotesi diagnostica così da consentire un giudizio valido e pertinente.



**Quando ?**

- ✓ Per determinare l'effettiva presenza di un problema ( reale o di rischio)
- ✓ Per determinare le cause del problema

## In sintesi: tipi di accertamento

- ❑ **Iniziale** (raccolta dati iniziale): serve ad avere un primo quadro generale dello stato di salute della persona;
- ❑ **Mirato**: dopo aver individuato un problema per confermare od escludere un ipotesi diagnostica;
- ❑ **Riaccertamento**: a distanza per rivalutare le condizioni della persona;
- ❑ **Di emergenza**: incentrato sui segni vitali.

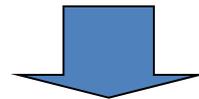
# I modelli funzionali di Marjory Gordon

- ✓ percezione e gestione della salute
- ✓ nutrizione e metabolismo
- ✓ eliminazione
- ✓ attività e esercizio fisico
- ✓ riposo e sonno
- ✓ cognitivo e percettivo
- ✓ sessualità e riproduzione
- ✓ ruolo e relazioni
- ✓ percezione e concetto di sé
- ✓ adattamento e tolleranza allo stress
- ✓ valori e convinzioni

# Percezione e gestione della salute

Si focalizza sulla percezione e la concezione di salute che la persona ha di sé; i parametri dell'accertamento indagano sullo stato di salute del paziente e sui suoi comportamenti sanitari abituali, come per esempio l'abitudine al fumo, l'adesione a pratiche di prevenzione riguardanti la salute mentale o fisica e alla volontà di seguire le prescrizioni mediche e infermieristiche. In base all'indagine di questo modello potrebbero rendersi necessari opportuni interventi infermieristici di educazione alla salute.

**La raccolta dati intende quindi verificare:**



- ✓ lo stato di salute e di benessere percepito dalla persona;
- ✓ il comportamento generale nei confronti della salute (come gestisce la salute);
- ✓ stato di salute in rapporto alla formulazione di piani per il futuro.

# Nutrizione e metabolismo

Evidenzia le abitudini alimentari del paziente, valuta il consumo di cibo e di liquidi in relazione ai bisogni metabolici; i parametri dell'accertamento comprendono quindi le abitudini alimentari come cadenza, tipo e quantità dei pasti; l'aumento o la perdita di peso, l'appetito, le preferenze riguardo al cibo, l'uso o meno di integratori vitaminici o nutritivi.

Infine sono compresi le condizioni della pelle, delle mucose delle unghie, dei capelli dei denti, la misurazione della temperatura corporea, del peso e dell'altezza.

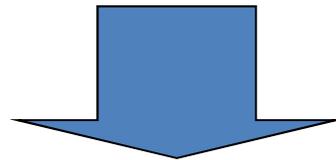
**La raccolta dati intende quindi verificare:**

- ✓ consumo di alimenti e bevande in relazione al fabbisogno metabolico;
- ✓ tipi, quantità e preferenze di alimenti e di bevande;
- ✓ lesioni cutanee e capacità di cicatrizzazione;
- ✓ indicatori dello stato nutrizionale (quali le condizioni dei capelli, cute e unghie).

# Eliminazione

Interessa la funzione escretoria di intestino, vescica e pelle; i parametri dell'accertamento indagano le abitudini di eliminazione intestinale e urinaria (uso di lassativi, diuretici o sostanze che controllano l'escrezione) e le funzioni escretorie della pelle, come per esempio l'eccessiva traspirazione.

**La raccolta dati intende verificare:**



- ✓ modelli di funzione escretoria;
- ✓ abitudini e mezzi che la persona adotta.

# Attività ed esercizio fisico

Riguarda le abitudini del paziente circa attività, svaghi e pratiche ricreative; i parametri dell'accertamento esplorano la mobilità, le attività abituali di lavoro (lavoro, fare la spesa, curare la casa, provvedere all'igiene personale, ecc.), le attività sportive e ricreative. Comprende il riconoscere i fattori che influiscono con il modello desiderato per quella persona (deficit neuromuscolari, dispnea, angina, ecc.).

**La raccolta dati intende verificare:**

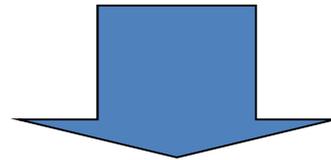


- ✓ esercizio fisico, attività fisiche, tempo libero;
- ✓ attività di vita quotidiana;
- ✓ sport;
- ✓ fattori che interferiscono con l'attività fisica

# Riposo e sonno

Descrive i modelli di riposo, sonno, rilassamento; i parametri dell'accertamento comprendono la percezione che la persona ha della quantità e della qualità di sonno e di riposo e del suo livello di energia. Vi sono incluse poi le abitudini notturne e gli eventuali ausili utilizzati per dormire, come farmaci.

**La raccolta dati intende verificare:**

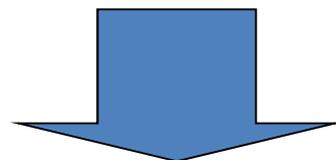


- ✓ modello di sonno, riposo e rilassamento;
- ✓ percezione della quantità e qualità del
- ✓ proprio riposo;
- ✓ aiuti e problemi relativi al sonno.

# Cognitivo e percettivo

Analizza le funzioni cognitive come l'orientamento, il linguaggio, la memoria, il ragionamento, e le abilità sensoriali/percettive come l'udito, la vista, l'olfatto, il gusto e il tatto. I parametri dell'accertamento sondano le funzioni cognitive (perdita di memoria), la presenza del dolore e di altre sensazioni.

**La raccolta dati intende verificare:**

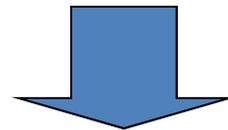


- ✓ adeguatezza delle funzioni sensoriali;
- ✓ percezione e trattamento del dolore;
- ✓ capacità funzionali nell'ambito cognitivo.

# Sessualità e riproduzione

Valuta l'espressione sessuale del paziente in relazione al suo stadio di sviluppo, alla sua soddisfazione e al modello riproduttivo; i parametri per l'accertamento comprendono la percezione da parte del paziente del proprio ruolo e della propria salute sessuale, lo stadio riproduttivo della donna (pre-post menopausa), e in rapporto ad esso gli eventuali problemi percepiti.

La raccolta dati intende verificare:



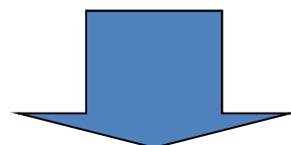
- ✓ soddisfazione o disturbi nel campo della sessualità;
- ✓ fase relativa alla riproduzione (pubertà, menopausa, ecc.);
- ✓ modello riproduttivo (desiderio di avere figli, uso di contraccettivi, ecc.).

# Ruolo e relazioni

Descrive il modello degli impegni legati ai ruoli e il tipo di relazioni con gli altri. I parametri dell'accertamento indagano la percezione che la persona ha dei propri ruoli e delle proprie responsabilità nella situazione di vita attuale.

Sono comprese gratificazioni e problemi in famiglia, nelle relazioni sociali e nel lavoro con le responsabilità correlate a tali ruoli.

**La raccolta dati intende verificare:**

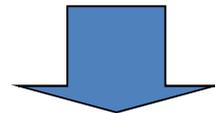


- ✓ impegni di ruolo (famigliari, professionali, sociali);
- ✓ percezione delle proprie responsabilità.

# Percezione e concetto di sé

Si focalizza sui sentimenti riferiti al valore di sé e alla propria immagine corporea; i parametri dell'accertamento indagano gli atteggiamenti della persona nei confronti di se stessa, la percezione che essa ha delle proprie capacità (cognitive, affettive, fisiche), della propria identità, del valore di se stessa e del suo grado di partecipazione emozionale in genere.

**La raccolta dati intende verificare:**

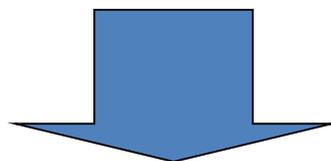


- ✓ atteggiamenti verso se stessi;
- ✓ percezione delle proprie capacità;
- ✓ immagine corporea, identità, modello emozionale generale;
- ✓ modello di postura e di linguaggio.

# Adattamento e tolleranza allo stress

Si concentra sui modelli di stress e di adattamento del paziente; i parametri si focalizzano sulle capacità di sostenere le sfide dell'integrità del sé, sulla percezione che la persona ha delle proprie capacità di controllare e gestire le situazioni, sul sostegno che riceve da altre risorse (familiari o di altro tipo), e sulle modalità per affrontare lo stress.

La raccolta dati intende verificare:

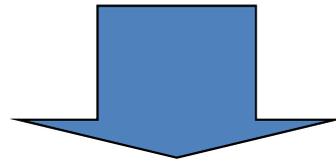


- modo generale di affrontare le situazioni e sua efficacia;
- capacità percepita di gestire le situazioni;
- capacità e risorse personali su cui poter sempre contare.

# Valori e convinzioni

Analizza i valori e le credenze che guidano la persona nella vita: i parametri per l'accertamento valutano le convinzioni, le aspettative e gli eventuali conflitti correlati alla salute; inoltre comprendono l'orientamento del paziente nella ricerca di persone significative per il sostegno e la pratica religiosa.

**La raccolta dati intende verificare:**



- ✓ valori, scopi, credenze che guidano le scelte;
- ✓ conflitti relativi allo stato di salute.

## Conclusioni diagnostiche

**Di fronte ad un problema accertato, chi ha la  
competenza per gestirlo?**

# Il modello Bifocale di Carpenito

Identifica le due Situazioni cliniche nel quale l'infermiere opera e chi e' il professionista abilitato a prescrivere l'intervento primario per la risoluzione del problema.



# Denominare i problemi infermieristici

- Attribuire dei nomi a dei problemi è il primo necessario passo per renderli riconoscibili ed identificabili;
- Gli infermieri hanno bisogno di denominare i problemi infermieristici:
- Il contesto socio/economico ci chiede di farlo.

# Classificazione NANDA

A partire dal 1975 negli U.S.A. è iniziato un sistematico lavoro di classificazione dei problemi infermieristici promosso dal NANDA “North American Nursing Diagnosis Association”.

# Tassonomia delle Diagnosi Inf. NANDA

## Sfera sociale

- Ruolo-relazione
- Sessualità-riproduzione
- Adattamento-tolleranza allo stress
- Valori-convinzioni

## Sfera fisica

- Nutrizionale-metabolico
- Eliminazione
- Attività –esercizio fisico
- Riposo-sonno

## Sfera psichica

- Percezione della salute-gestione della salute
- Cognitivo-percettivo
- Percezione di sé  
concetto di sé

# La Diagnosi Infermieristica

Dall'analisi della letteratura infermieristica emergono almeno quattro definizioni:

1. Una funzione infermieristica indipendente; una valutazione delle risposte personali del cliente alle sue esperienze umane attraverso i cicli dell'esistenza, siano esse crisi di sviluppo o accidentali, malattie, avversità o altri stress (Bircher, 1975).

2. Problemi di salute attuali o potenziali che gli infermieri, in virtù della loro preparazione ed esperienza, sono capaci di trattare ed abilitati a farlo (Gordon, 1982).

# La Diagnosi Infermieristica

3. Un giudizio clinico sulle risposte date dall'individuo, dalla famiglia o dalla società ai problemi di salute e ai processi vitali, reali o potenziali. La diagnosi infermieristica fornisce le basi per effettuare una scelta degli interventi assistenziali infermieristici che porteranno al conseguimento degli obiettivi dei quali è responsabile l'infermiere.

4. Un'affermazione che descrive una risposta umana di una persona o di un gruppo, che l'infermiere è abilitato a riconoscere e per la quale può prescrivere interventi risolutivi che mirano a mantenere lo stato di salute o a ridurre, eliminare o prevenire le alterazioni (Carpenito, 1988).

# La Diagnosi Infermieristica

La struttura della diagnosi infermieristica si compone di elementi utili essenzialmente per l'adozione di un linguaggio infermieristico condiviso. Gli elementi componenti sono:

- **titolo**: deve “qualificare” la tipologia del problema;
- **definizione**: ci permette di comprendere in modo chiaro e preciso il significato della diagnosi, contribuendo così a differenziarla da quelle che le assomigliano;
- **caratteristiche definenti**: si articolano in maggiori e minori, sono l'equivalente dei segni e dei sintomi soggettivi e oggettivi presenti in relazione a una determinata diagnosi;
- **fattori correlati**: sono i fattori eziologici che determinano una certa situazione, raggruppati in quattro categorie: fisiopatologici (biologici o psichici), situazionali (ambientali, sociali, personali), fasi maturative (legati all'età), trattamenti (terapie, interventi).
- **fattori di rischio**: sono fattori ambientali ed elementi che aumentano la vulnerabilità di una persona nei confronti di un evento che può danneggiare la salute.

## E' sufficiente formulare una Diagnosi Infermieristica?

La definizione delle diagnosi infermieristiche rappresenta un esercizio accademico se non collegata a precise indicazioni per la pratica professionale pertanto, attraverso il lavoro di migliaia di infermieri ricercatori e clinici che hanno analizzato i problemi assistenziali presenti nei vari ambiti professionali e quindi proposto definizioni degli stessi poi validate in “consensus conferences”, si sono definiti i **NIC** e **NOC**.

## NIC e NOC

- ❑ I **NIC** (Nursing Intervention Classification) sono attualmente 443 e rappresentano la classificazione di tutti gli interventi infermieristici praticati negli USA e in altri stati;
- ❑ I **NOC** (Nursing Outcomes Classification) sono attualmente 190 e rappresentano gli indicatori per misurare i risultati delle cure infermieristiche.

# NIC (Nursing Intervention Classification)

## Classificazione standardizzata interventi

Ogni intervento NIC è costituito da:

4. Titolo

5. Definizione

6. Elenco attività da scegliere in relazione al caso

# D.I Ansia

**Titolo:** Riduzione ansia

**Definizione:** minimizzare l'apprensione, i presentimenti o il disagio collegato ad una causa non identificato o pericolo percepito

**Attività:** Addestramento al controllo degli impulsi, Guida preventiva alle situazioni critiche.

Diagnosi Infermieristiche L. J. Carpenit-Moyet 5 Edizione

# NOC Nursing Outcomes Classification

L'identificazione di cambiamenti positivi o negativi o l'assenza degli stessi nello stato di Salute della persona.

## **Es. D.I. Ansia**

Livello di ansia, Coping, Autocontrollo degli impulsi.

# NOC Nursing Outcomes Classification

L'identificazione di cambiamenti positivi o negativi o l'assenza degli stessi nello stato di Salute della persona.

## **Es. D.I. Ansia**

Livello di ansia, Coping, Autocontrollo degli impulsi.

# NANDA, NIC e NOC

Queste tre catalogazioni rappresenta il primo tentativo sistematico di dare una definizione organica e standardizzata al sapere e alla pratica infermieristica definendo dei piani assistenziali da utilizzare, verificare ed aggiornare continuamente nella pratica.

# NANDA, NIC e NOC

**NANDA** : NORTH AMERICAN  
NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION

D. I.

**NIC**: NURSING INTERVENTIONS  
CLASSIFICATION

Interventi

**NOC**: NURSING OUTCOMES  
CLASSIFICATION

Obiettivi

# Tipologia di interventi infermieristici

## ❑ Interventi prescritti dal medico

- non sono propriamente per gli infermieri ma per la persona assistita che gli infermieri mettono in atto se indicato.

## ❑ Interventi prescritti dall'infermiere

- sono formulati perché siano messi in atto da lui stesso o dai colleghi.

**Per entrambi i tipi di intervento è necessario un giudizio autonomo dell'infermiere, che è comunque tenuto a decidere se l'azione va compiuta, chiunque sia stato a prescriverla.**

L. J. Carpenito-Moyet. Diagnosi infermieristiche, 5 Ed. ,42

# Le prescrizioni infermieristiche

Le prescrizioni infermieristiche hanno la funzione di **GUIDARE** le azioni infermieristiche.

Durante la pianificazione l'infermiere:

✓ Decide quali tra i problemi rilevati richiedono una pianificazione;

✓ Decide quali problemi richiedono **piani PERSONALIZZATI** e quali possono essere gestiti con **piani standard**.

# La pianificazione dell'assistenza scritta

- **Garantire la continuità assistenziale ;**
- **Favorire il lavoro d'èquipe;**
- **Favorire il raggiungimento del risultato auspicato .**

# Piani di assistenza standard

## □ Vantaggi

- ✓ Elimina la necessità di scrivere interventi infermieristici consuetudinari;
- ✓ Fornisce una guida utile per illustrare gli standard assistenziali presenti nell'U.O. ai nuovi infermieri;
- ✓ Permette all'infermiere di dedicare più tempo all'assistenza che alla documentazione;
- ✓ Migliora la qualità e la gestione delle risorse.

# Piani di assistenza standard

## □ Svantaggi

- ✓ Può indurre il personale infermieristico a limitarsi ai soli interventi tipici trascurando gli interventi personalizzati;
- ✓ Può indurre il personale infermieristico a limitarsi ai soli interventi generali trascurando gli interventi specifici.

## Livelli di assistenza

□ **Livello I:** standard di assistenza Generale dell'unità operativa:

- ✓ Assistenza generale prevista per tutti o per la maggior parte dei pazienti assistiti ricoverati in una unità operativa.
- ✓ Contengono le diagnosi infermieristiche e i problemi collaborativi applicabili alle situazioni specifiche.

ANSIA, c/a trattamenti, ambiente, routine, esami diagnostici ...  
Rischio di lesione correlato ad ambiente sconosciuto ...  
Rischio di infezione correlato a microorganismi nell'ambiente, ...  
Deficit nella cura di sé...  
Rischio di gestione inefficace regime terapeutico....  
.....

## Livelli di assistenza

□ **Livello II: piani di assistenza** standardizzati per raggruppamento diagnostico o per singola diagnosi.

✓ Elaborati da gruppi di esperti, sono piani prestampati che indicano l'assistenza da erogare a persone, famiglie o gruppi in aggiunta a quella prevista dagli standard di assistenza generale di I livello.

Un paziente ricoverato in una U.O. chirurgica riceverà l'assistenza infermieristica sulla base degli standard dell'U.O. (livello I) sia del piano standard (livello II) predisposto per la specifica condizione che ne ha causato il ricovero.

## Livelli di assistenza

□ **Livello III: piano di assistenza aggiuntivo.**

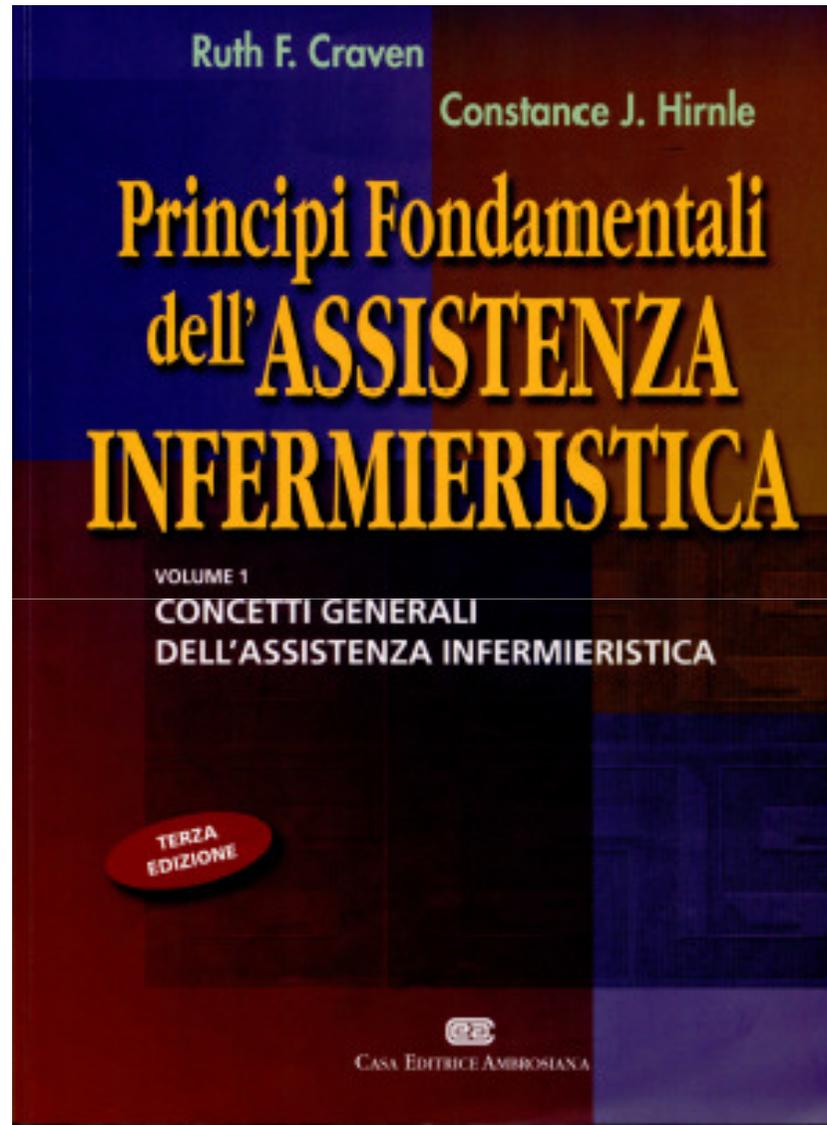
✓ Elenca ulteriori interventi, oltre quelli dei livelli I e II, dei quali una singola persona ha bisogno.

# Livelli di assistenza

## □ PERCORSI ASSISTENZIALI

✓ E' uno Strumento Gestionale, Multidisciplinare che prevede un percorso giornaliero e delle attività da svolgersi GIORNO PER GIORNO.

# Bibliografia



Sc. Inf. Specialistiche in chirurgia

Dr Caldararo Cosimo

# Bibliografia

**Accertamento:** Craven, Hirnle “Principi fondamentali dell’assistenza infermieristica” 3<sup>^</sup> Ediz. Cap.26 / pp. 462-464

**Pianificazione dell’assistenza:** Carpenito- Moyet pag.49  
SISTEMI DI PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA

**EBM:** Craven, Hirnle “Principi fondamentali dell’assistenza infermieristica” 3<sup>^</sup> Ediz. Cap.8 / pp. 145 - 156