



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

Pianificare l'assistenza in Chirurgia

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

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

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**

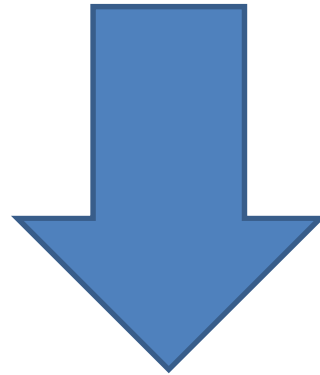
(es. quale è la diuresi in una persona adulta; caratteristiche delle urine= contrazione diuresi ; urine concentrate)

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

(diuresi influenzata da quantità liquidi introdotti..)

Formulazione di una ipotesi diagnostica

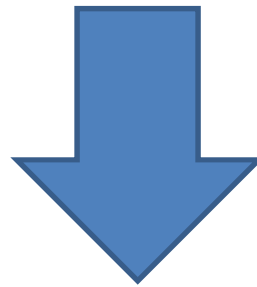
E' la formulazione di una ipotesi provvisoria per descrivere un problema che si sospetta (indizio Diagnostico)



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.

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 delle 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.

Evidence Based Nursing

L' EBN è un processo di autoapprendimento in cui l'assistenza al paziente individuale stimola la ricerca dalla letteratura biomedica di informazioni clinicamente rilevanti, diagnostiche, prognostiche, terapeutiche o relative ad altri aspetti della pratica clinica.

Evidence Based Nursing: Evidenza

□ In Italiano

È evidenza qualsiasi cosa che sia palese e chiara, per la quale non è necessaria qualsiasi ulteriore dimostrazione.

□ In Inglese

È evidenza qualsiasi cosa che ha provato la propria validità mediante il metodo scientifico. È evidenza ciò che è stato dimostrato.

Evidence Based Nursing: Evidenze

Sono conoscenze che derivano da prove di efficacia, ovvero dalla sperimentazione clinica.

Esse permettono l'acquisizione di nuove informazioni partendo dal dato empirico derivante da esse.

Non è evidenza ciò che è esplicito ma ciò che è dimostrato

Evidence Based Nursing: forza delle evidenze

- I** Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati
- II** Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato
- III** Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi
- IV** Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi
- V** Prove ottenute da studi di casistica senza gruppo di controllo
- VI** Prove basate sull'opinione di autorevoli esperti o di comitati di esperti

Evidence Based Nursing: gerarchie delle evidenze



Migliori "evidenze"
prodotte dalla ricerca biomedica

Risultati validi, generalizzabili,
cl clinicamente rilevanti che emergono da
studi clinici condotti da colleghi
degnamente appartenenti alla comunità
scientifica mondiale

Come prendiamo le decisioni nella pratica clinica

- ✓ Insegnamento scolastico
- ✓ Tradizioni/abitudini di reparto
- ✓ Esperienza
- ✓ Autoreferenzialità
- ✓ Prescrizioni di ...
- ✓ Libri, riviste...

L'assistenza infermieristica si basa sulle evidenze?

"Meno del 20 % di ciò che i medici fanno ogni giorno possiede almeno uno studio clinico ben disegnato a sostegno della sua utilità."

Cochrane A.L.: "Effectiveness and Efficiency. Random reflection on Health Service" Nuffield Provincial Hospital Trust , London , 1972

EBM



- A = Buone evidenze scientifiche per utilizzarlo
- B = Discrete evidenze scientifiche per utilizzarlo
- C = Scarse evidenze scientifiche per consigliarne, o meno, l'utilizzo
- D = Discrete evidenze scientifiche per non utilizzarlo
- E = Buone evidenze scientifiche per non utilizzarlo

Forza delle raccomandazioni

- ✓ **A** L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata
- ✓ **B** Si nutrono dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba essere raccomandata ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata
- ✓ **C** Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o intervento
- ✓ **D** L'esecuzione della procedura non è raccomandata
- ✓ **E** Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura

Implementazione delle Evidenze

**Convertire le prove ricercate in
Linee Guida utili per la pratica clinica.**

“Raccomandazioni di comportamento prodotte attraverso un processo sistematico allo scopo di assistere gli operatori sanitari e i pazienti nelle decisioni sulla gestione appropriata di specifiche condizioni cliniche”.

Obiettivi delle Linee Guida

- ❑ Migliorare le prestazioni
- ❑ Ridurre le pratiche inappropriate
- ❑ Migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari

Requisiti delle Linee Guida

- Validità
- Costo-Efficacia
- Riproducibilità
- Affidabilità
- Rappresentatività
- Applicabilità
- Flessibilità
- Chiarezza
- Tempistica della revisione
- Monitoraggio dell'utilizzazione

Bibliografia



Sc. Inf. Specialistiche in chirurgia

Dr Caldararo Cosimo

Bibliografia

Accertamento: Craven, Hirnle “Principi fondamentali dell’assistenza infermieristica” 3[^] 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[^] Ediz. Cap.8 / pp. 145 - 156