

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

-sede di Lecce-

Primo anno Secondo semestre A.A. 2015-2016

CORSO INTEGRATO DI:

SCIENZE UMANE

Insegnamento MODULO

SCIENZE INFERMIERISTICHE GENERALI E CLINICHE

IL PROCESSO DI NURSING **O DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

- Generalità sul processo di nursing
- Definizione
- Il pensiero critico
- Accertamento
- Diagnosi Infermieristiche
- Pianificazione
- Pianificazione degli interventi
- Attuazione
- Valutazione

Infermieristica

Corpus complesso e sistematico di conoscenze e strumenti teorici e **metodologici** elaborati dalla professione infermieristica allo scopo di esercitare le proprie **specifiche funzioni**, nel campo della **tutela e della promozione della salute individuale e collettiva**

in Italia si è consolidata come originale e autonoma disciplina scientifica solo negli anni più recenti

Infermieristica

Una professione poco ambita?

Basso riconoscimento sociale

Contatto continuo con la sofferenza

Fatica fisica

Grande responsabilità

Bassa considerazione a livello interprofessionale

Bassa remunerazione

.....

Infermieristica

Il riconoscimento Sociale

Cosa ne pensa la gente

- Ripiego lavorativo
- Meglio laurea medicina

Cosa ne pensano i "media"

- Portantino/oss = Infermiere
- Infermieri violenti nei setting assistenziali
- Infermiere disponibili (stereotipo cinema)

Cosa ne pensano gli Infermieri

● ???????

Infermieristica

Cosa ne pensano gli infermieri

■ Agli studenti del Corso di Laurea per Infermiere

....ma cosa vi è venuto in mente ... ?

....siete certi di essere nel pieno delle vostre facoltà ?

■ In risposta a chi chiede “di cosa ti occupi?”

Medico

il medico

Ostetrica

l'ostetrica

Fisioterapista

Il fisioterapista

Tecnico Lab.

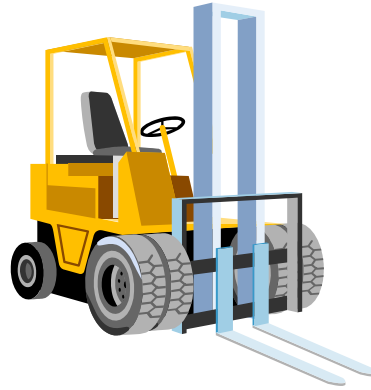
Il tecnico di laboratorio

Tecnico RX

Il tecnico di radiologia

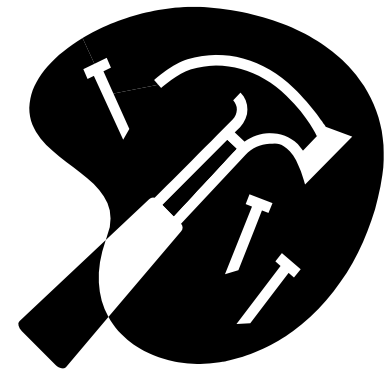
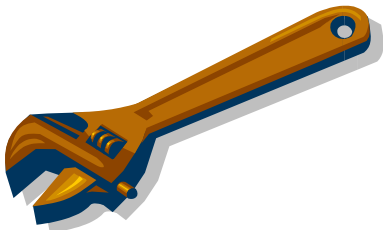
.....

.....



Infermiere:

**... lavoro in ospedale ...
!!!**



Bozzi M.

Infermieristica



TEORIA

Al momento assicuriamo:

- ◆ Quello che storicamente è sempre stato fatto
- ◆ Quello che prescrive e/o indica il medico
- ◆ Quello che mi chiede l'ammalato (campanello)



PRASSI

Bozzi M.

Scienza Infermieristica

Fine anni 80
inizio anni 90 in
Italia

D.Lgs. 502/92 – 517/93 - 229/99

- Programmazione
- Organizzazione
- Personalizzazione
- Indicatori
- Assic. Informazioni
- Assic. Privacy
- Prestazioni alberghiere
- Verifica e valutazione

DM 739/94

Assistenza Infermieristica:

- Preventiva
- Curativa
- Palliativa
- Riabilitativa

Natura dell'Ass. Inf.ca

Asp. Tecnico
(saper fare, le abilità)
Asp. Relazionale
Asp. Educativo

concetto di professione intellettuale autonoma

Fine anni 90 in
Italia

L. 42/99

- Svincolo dagli obblighi del mansionario (DPR 225/74)
- Equipollenza dei titoli (diplomi) precedenti con i D.U.

La formazione passa alle Università

L'influenza delle teorie del Nursing avevano già intaccato le comunità infermieristiche che chiedevano a gran voce l'inserimento dell'insegnamento nelle Università giustificandola, a pieno diritto, come nuova disciplina

Le discipline scientifiche

Scienza Infermieristica

Procedimenti **strutturati e logici** che portano a studiare mediante **metodi e strumenti**, particolari fenomeni che accadono e che possono essere verificati per una specifica realtà

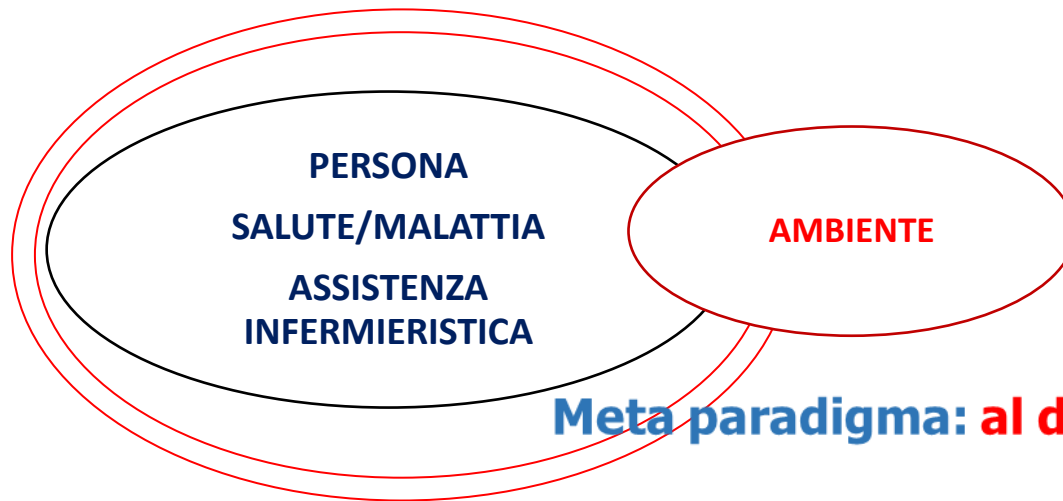
Ciascuna disciplina ha una struttura, una procedura e uno specifico linguaggio.

(Giugni G.)

Scienza Infermieristica

la matrice del nursing

La Configurazione Logica dell' A.I. come disciplina deriva dai **CONCETTI FONDANTI** della Disciplina Infermieristica (D.I.)



Meta paradigma: al di sopra di ogni metodo

Nella gerarchia del sapere prodotto da una disciplina scientifica e/o professionale occupa il primo posto poiché rappresenta la **cornice filosofica della disciplina**, nella sua prospettiva più ampia, la quale:

1. permette di comprendere i **valori e le idee principali** della disciplina stessa e i rapporti fra loro;
2. delimita l'ambito di elaborazione dei modelli concettuali e delle teorie.

La matrice del nursing

Il **metaparadigma** dell'infermieristica è rappresentato dall'interesse per la **globalità dell'essere umano e dei suoi bisogni** e per **il modo in cui la singola persona vive la salute e la malattia**, si prende cura di sé, e nelle particolari circostanze della malattia, chiede e riceve assistenza infermieristica



PRENDERSI CURA – TO CARE

Scienza Infermieristica

La Disciplina Infermieristica è l'insieme delle
conoscenze, delle **metodologie** e degli
strumenti tipici dell'infermiere.

SCOPO

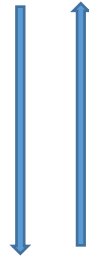
Il tutto è finalizzato a definire e realizzare
l'assistenza Infermieristica.

E. Manzoni.

Scienza Infermieristica

Gli elementi sostanziali della Disciplina Infermieristica sono quindi:

L'OGGETTO
IL METODO
LO SCOPO
GLI STRUMENTI



Ed i legami che
intercorrono fra questi
elementi

Una Disciplina è una scienza in quanto oggetto di
APPRENDIMENTO o di **INSEGNAMENTO**.

Una disciplina è anche la
"**costrizione**" ad una regola o ad un
insieme di regole in quanto impedisce
la deviazione dalla regola stessa.

(Pellegrini W.)

Scienza Infermieristica

Configurazione logica dell' Assistenza Infermieristica come disciplina

1. **Oggetto di studio: l'Essere Umano.** L'Assistenza Infermieristica risponde ai bisogni assistenziali degli esseri umani
 - **Dispone** della **Conoscenza** necessaria dei fenomeni ed è in continua propensione alla conoscenza, attraverso: **Metodi di indagine e di ricerca e l'applicazione delle teorie.**
2. **Metodo** utilizzato e coerente con il suo scopo specifico :
Il **PROCESSO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA**
3. **Scopo specifico** è relativo all'oggetto di studio: **Aiutare l'essere umano a raggiungere l'indipendenza, soddisfacendo i suoi bisogni di ASSISTENZA INFERMIERISTICA**
 - **Campo di applicabilità:** Ogni Ambiente di vita dove è importante la salute ed il benessere di qualsiasi individuo



L'OGGETTO
IL METODO
LO SCOPO
GLI STRUMENTI

professionalizzazione del nursing

➤ l'elemento più prezioso dell'assistenza si ritrova

- **nel linguaggio tecnico specifico** - che definisce una disciplina scientifica

- **nel metodo** - che garantisce spazi di **autonomia, responsabilità e decisionalità**

- **nello stile** - che si realizza in una relazione interpersonale (più individui) autentica ed empatica con il malato e con chi gli sta vicino durante la sua malattia. (H.Pepleau)



Adozione di "un proprio Codice Deontologico, che guiderà il comportamento dei professionisti e tutelerà il cliente da comportamenti non professionali che potrebbero lederlo"

professionalizzazione del nursing

Classificazione e linguaggio nell'infermieristica



“Il mondo era così recente, che molte cose erano prive di nome, e per citarle bisognava indicarle col dito”.

Gabriel García Márquez, Cent'anni di solitudine

professionalizzazione del nursing

Linguaggio disciplinare

Il linguaggio ha una funzione fondamentale poiché esprime in modo evidente quello che secondo la sociologia delle professioni è chiamata la **"competenza tecnica esclusiva"** della disciplina e nel nostro caso della Disciplina Infermieristica.

Cantarelli M.

*un linguaggio scientifico non è solo fatto di parole, simboli, termini specifici: è fatto bensì di ciò, ma in quanto questi elementi riescano a connettersi in sequenze che **vanno lette come istruzioni, ordini chiari, e chiari perché costruiti con parole di accezione ben predeterminata o regolarmente riducibile a parole predeterminate.***

De Mauro T.

professionalizzazione del nursing

le principali opzioni che, storicamente, sono state individuate dagli infermieri per costruire la propria 'scienza'
darsi un linguaggio condiviso

Ogni fenomeno ritenuto meritevole d'attenzione viene 'oggettivato' nell'ambito di un sistema di classificazione proprio della disciplina competente. Ciò avviene anche nel campo dell'assistenza infermieristica, che non potrebbe definirsi scienza se non fosse in grado di formulare un *proprio modo compiuto di organizzare e comunicare le conoscenze sui fenomeni del suo specifico campo d'interesse*, attraverso la produzione di un **sistema di classificazione** e l'adozione di un **linguaggio tecnico specifico** universalmente riconosciuti e validati.

diagnosi

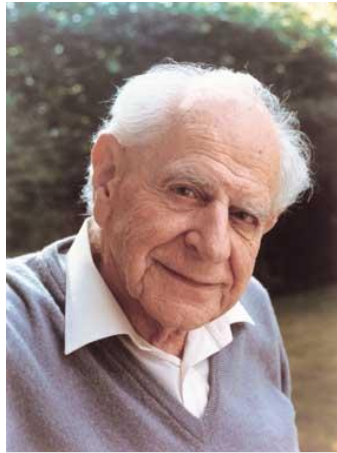
interventi

risultati

professionalizzazione del nursing

metodo:

(la strada per...)



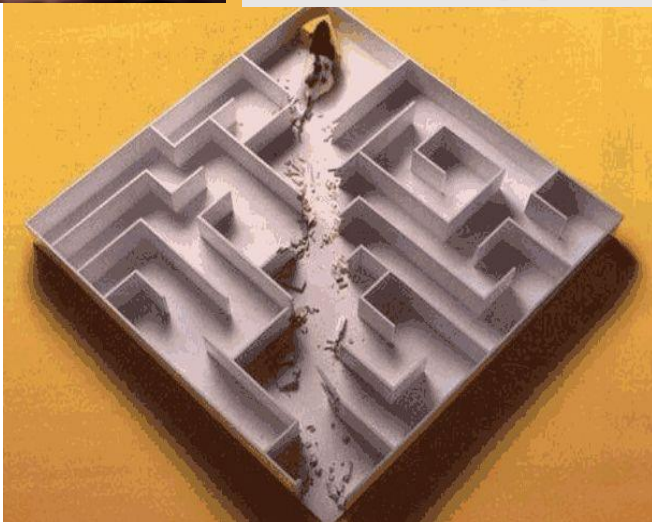
Karl Popper

la questione **metodologica**:

metodo o metodi?

Tutta la mia concezione del **metodo scientifico** può essere sintetizzata dicendo che consiste nei **tre passi** che seguono:

*inciampiamo in qualche **problema**; tentiamo di risolverlo, per esempio proponendo qualche nuova **teoria**; impariamo dai nostri errori, in particolare da quelli su cui ci richiama la **discussione critica** dei nostri tentativi di soluzione, una discussione che tende a condurci a **nuovi problemi**.*



professionalizzazione del nursing

Le caratteristiche del metodo

- 1 un **metodo** consiste nel seguire delle **regole** in vista di uno scopo (appropriatezza, sicurezza e efficacia)
- 2 un **metodo** mira ad **economizzare** le forze e a stabilizzare l'azione (efficienza)
- 3 un **metodo** preserva dall'**errore** (risk management)
 - 4 un **metodo** permette di **produrre nuove conoscenze** se il suo oggetto è il 'sapere' (metodologia della ricerca)
o di **risolvere problemi pratici** (metodologia clinica), se il suo scopo è il 'saper fare'.

professionalizzazione del nursing

Metodo

Il metodo disciplinare della DISCIPLINA INFERMIERISTICA è

il **PROCESSO di ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

La Disciplina Infermieristica per sua natura fonda il suo metodo in riferimento alla possibilità di risolvere dei problemi **(Problem Solving)**.

PROBLEMA

possiamo intendere un ostacolo o un interrogativo non risolto, per la soddisfazione dei **bisogni** individuali o collettivi.

La base del processo clinico-assistenziale è sempre un *problem-solving*, cioè un'attività che riguarda, come dice la frase stessa, la risoluzione dei problemi attraverso un metodo scientifico

Si sono usati, diversi modi di risolvere i problemi assistenziali:

- **problem-solving spontaneo;**
- **problem-solving per tentativi ed errori;**
- **problem-solving per intuizione;**

UNICO MODO UTILE

- **problem-solving SCIENTIFICO.**

professionalizzazione del nursing

problem-solving spontaneo

Possiamo considerare questa modalità come una capacità di ogni essere umano a risolvere spontaneamente i propri problemi di assistenza.

- Spesso chi porta il problema non ne avverte la presenza e risolve da solo il problema.

Nella prospettiva della Disciplina Infermieristica questo metodo è da scartare e non porta nessun contributo.

professionalizzazione del nursing

problem-solving per tentativi ed errori

Nella storia dell'uomo, è il primo vero metodo che ha utilizzato l'essere umano per risolvere i problemi.

Nella storia recente è stato studiato da diversi punti di vista specie di natura psicologica.

Nella prospettiva della Disciplina Infermieristica questo metodo non può essere utilizzato sull'uomo in modo ordinario sia per motivi etici (Etica morale – Codice Deontologico) che per motivi legali.

Tuttavia si può osservare che spesso gli esseri umani prima di chiedere un aiuto professionale per risolvere **Bisogni d' Assistenza Infermieristica (BAI)** svolge da solo o con l'aiuto dei componenti del suo contesto socioculturale una serie di tentativi per risolvere i suoi problemi (spesso sbagliando).

professionalizzazione del nursing

problem-solving per intuizione

L'intuizione in filosofia indica quel tipo di conoscenza immediata che **non si avvale del ragionamento o della conoscenza sensibile.**

➤ **L'intuizione è il classico lampo di genio.**

Nella prospettiva della Disciplina Infermieristica è indubbio il ruolo decisivo che ha giocato questo metodo nella storia della professione, connesso alla soggettività e allo stile del professionista.

Il metodo intuitivo non può essere considerato come il principale strumento dell'Infermiere. Infatti presenta dei problemi significativi:

- **È molto soggettivo;**
- **Non è standardizzabile;**
- **Temporalmente incostante e instabile;**
- **Difficilmente comunicabile e confrontabile.**

L'intuito è valido quando va a correggere un'ipotesi sbagliata rimanendo nel solco del ragionamento scientifico (**Competenza**)

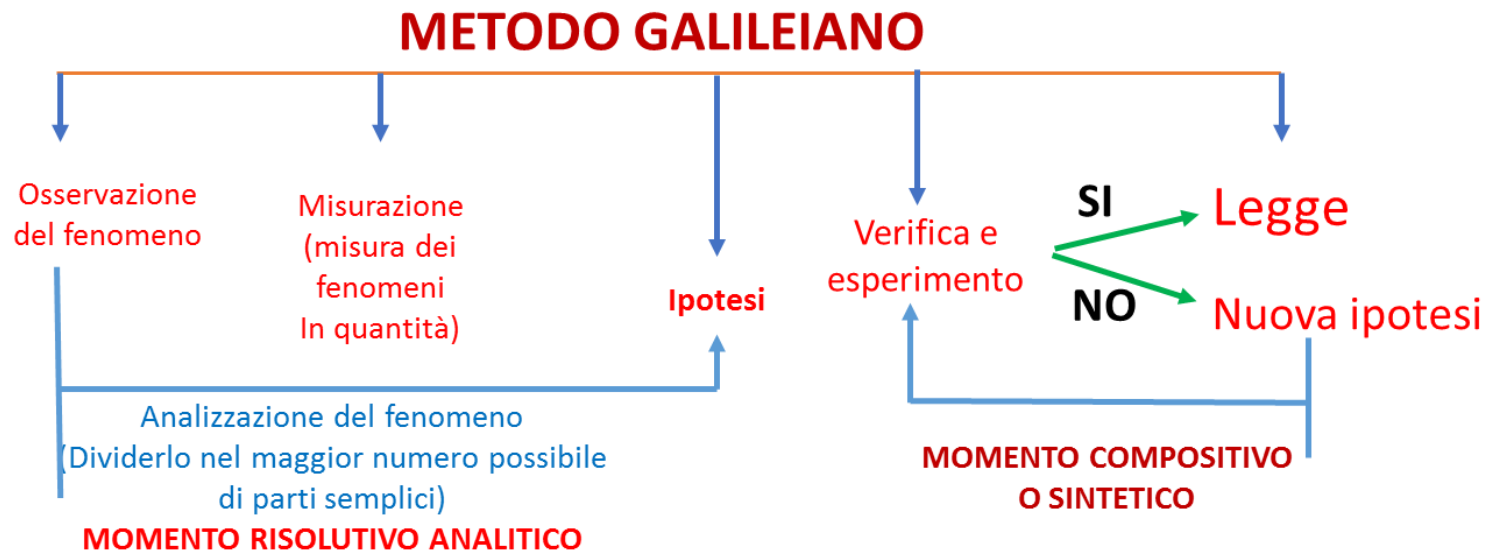
20

Oggi invece all'Infermiere si chiede **conoscenza e competenza**

professionalizzazione del nursing

Problem-Solving SCIENTIFICO

Il metodo scientifico origina da Galileo:



Diventa scientifico ciò che è riproducibile, verificabile, esatto fino a prova contraria (ricerca/sperimentazione)

Tutte le scienze pratiche partono dal sistema induttivo e poi diventano deduttive, cioè congiunzione fra esperienza e ragione.

professionalizzazione del nursing

Problem-Solving SCIENTIFICO

Il metodo scientifico così come lo conosciamo oggi si è sviluppato nel secondo dopoguerra (di stampo psicologico) dall'incontro fra il pragmatismo americano e il cognitivismo europeo.

Il metodo scientifico così concepito come **PROBLEM SOLVING** presenta diversi vantaggi:

- ✓ **Conservazione e utilizzo delle informazioni;**
- ✓ **Riduzione della discrezionalità;**
- ✓ **Comunicazione fra professionisti;**
- ✓ **Riduzione della varianza di risultato.**

professionalizzazione del nursing

FASI DEL PROBLEM SOLVING

FASI	METODO SCIENTIFICO	PROBLEM SOLVING PSICOLOGICO	PROCESSO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA
1	Osservare la realtà e definire il problema	Osservare e identificare il problema	
2	Formulare ipotesi	Definire il problema	
3	Raccogliere dati	Formulare un piano d'azione	
4	Progettare una tesi che dia risposta al problema	Attuare un piano d'azione	
5	Verificare l'ipotesi	Valutare i risultati	

professionalizzazione del nursing

PROCESSO di NURSING

Definizione

Il processo infermieristico è definito come un approccio sistematico di **problem- solving utilizzato nell'assistenza infermieristica personalizzata.**

Processo: termine che deriva dal latino processum -*procdère* = **procedere**, atto del procedere, dell'avanzare.

Successione di fenomeni legati tra loro, che si determini con una certa regolarità. Metodo da seguire, operazione o serie di operazioni da compiere per ottenere un determinato scopo o risultato



Scienza Infermieristica

Il metodo è una forma mentis, un modo di pensare del professionista che si concretizza nell'utilizzo di **STRUMENTI** quali mezzi tangibili per concretizzare e individualizzare il comportamento disciplinare.

(Pellegrini W.)

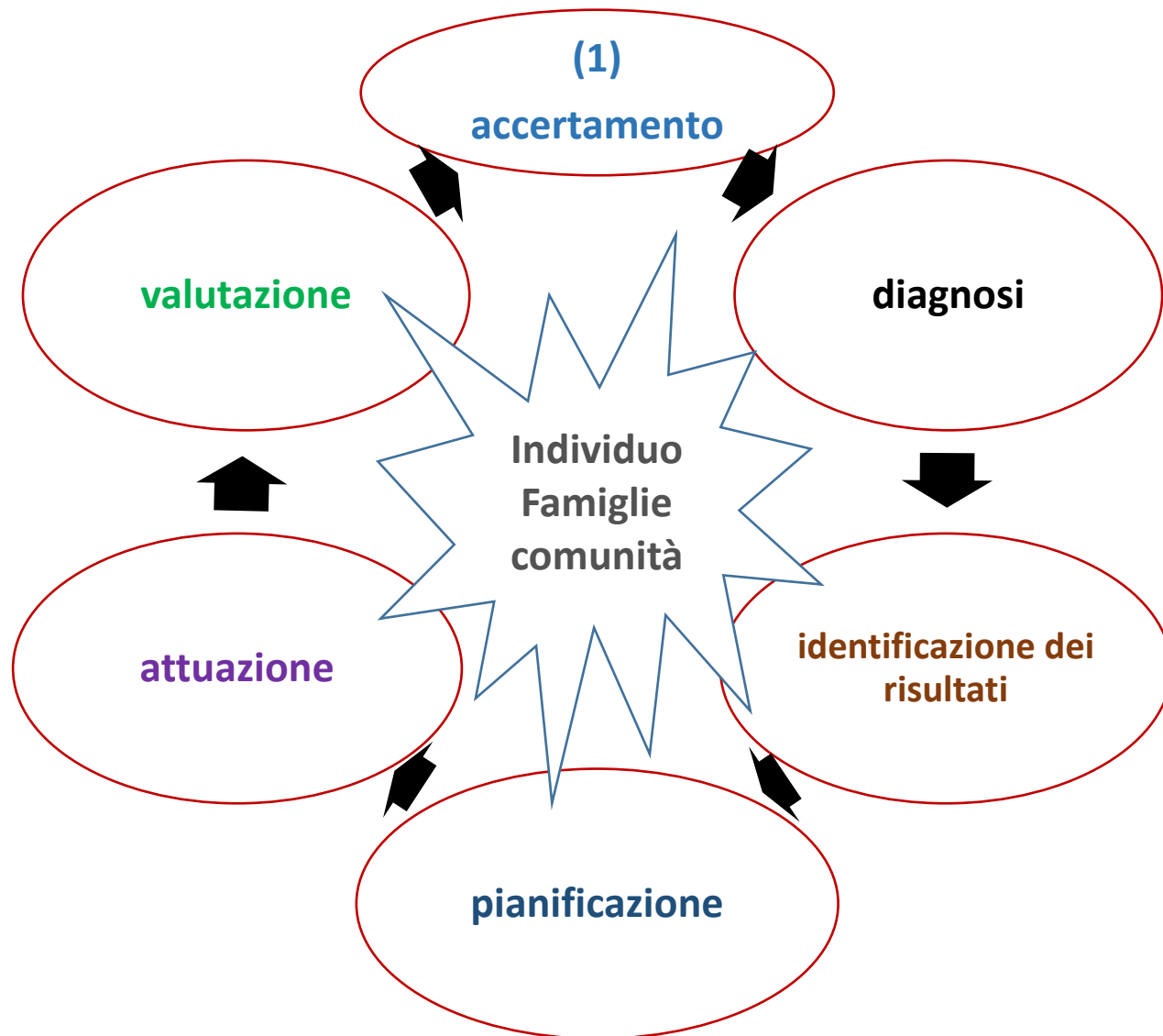
Strumento

PIANO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA - P.A.I.

- E' lo strumento del Processo di Assistenza Infermieristica.
- E' la conseguenza operativa del metodo disciplinare.

Il **Metodo** è uno e i **PIANI di ASSISTENZA** sono tanti quanti sono i pazienti assistiti.

FASI DEL PROCESSO di NURSING



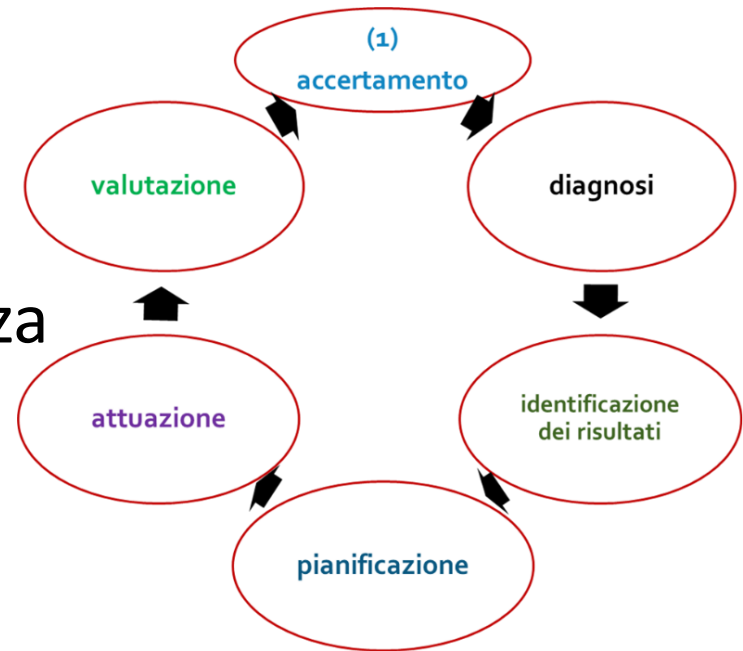
professionalizzazione del nursing

FASI DEL PROBLEM SOLVING

FASI	METODO SCIENTIFICO	PROBLEM SOLVING PSICOLOGICO	PROCESSO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA
1	Osservare la realtà e definire il problema	Osservare e identificare il problema	Accertamento e valutazione iniziale: raccolta dati - assessment
2	Formulare ipotesi	Definire il problema	Diagnosi Infermieristica
3	Raccogliere dati	Formulare un piano d'azione	Pianificazione dell'assistenza (PAI)
4	Progettare una tesi che dia risposta al problema	Attuare un piano d'azione	Attuare l'assistenza infermieristica
5	Verificare l'ipotesi	Valutare i risultati	Valutare l'assistenza infermieristica

CARATTERISTICHE DEL PROCESSO di NURSING

- È un modello per erogare assistenza infermieristica e personalizzata alla persona, alle famiglie e alle comunità;
- È ordinato e sistematico;
- È interdipendente;
- È centrato sulla persona e utilizza i suoi punti di forza;
- Il suo uso è indicato in tutto l'arco della vita;
- può essere usato in tutti gli ambiti in cui si eroga assistenza infermieristica.



CARATTERISTICHE DEL PROCESSO di NURSING

CARATTERISTICHE	DESCRIZIONE
CLINICO	«Klinè» "a letto del paziente": è un metodo per " saper fare " e non "per conoscere"; sinonimo di prescrittivo, pratico.
IPOTETICO-DEDUTTIVO	Si basa su teorie e modelli concettuali di riferimento , che costituiscono la fonte delle ipotesi diagnostiche, che consistono in deduzioni "attorno" a una situazione alterata. Il ragionamento clinico richiede delle premesse che derivano dai fatti e dai dati indagati e dalla loro interpretazione, che portano a delle conclusioni.
DIALOGICO	Riconosce la relazione tra due soggetti; necessita della comunicazione con la persona assistita ai fini della comprensione dei suoi bisogni
STRATEGICO	Non prevede linearità e sequenzialità dei comportamenti, ma una <u>veduta sistemica e olistica dei fenomeni</u> , cui attribuire un ordine di priorità

L'indispensabile valore dell'approccio scientifico per una *professione*

Definizione di Professione

1. Cosa è una professione

“La professione è un'attività lavorativa qualificata, di riconosciuta utilità sociale, svolta da individui che hanno acquisito una competenza specializzata seguendo un corso di studi lungo e orientato precipuamente a tale scopo”



Luciano Gallino

Gli elementi di una Professione

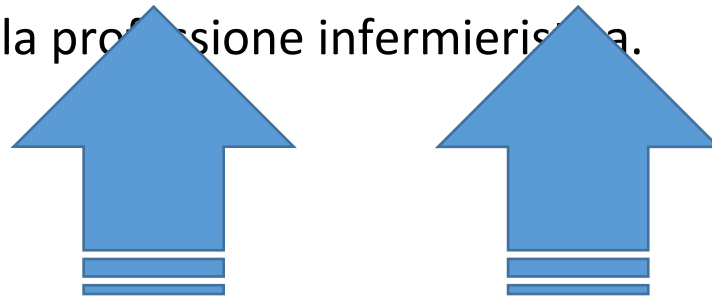
1. Cosa è una professione

1. Identificabilità
2. Ruolo di gestione e di innovazione di processi di servizio
3. Abilità e competenze definite e evolventi
4. Corpo sistematico di teorie e tecniche
5. Curriculum formativo
6. Autorità legittimante
7. Codice deontologico

Paolo C. MOTTA, 2009

l'indispensabile valore dell'approccio scientifico per una *professione*

- L'adozione di un metodo scientifico e l'utilizzo sistematico di un sistema informativo (cartella clinico-infermieristica), in grado di documentare il processo mentale che porta alla identificazione dei bisogni di ciascuna persona assistita e della pianificazione dell'assistenza, rappresentano la “conditio sine qua non” della ricerca applicata (soluzioni), indispensabile per lo sviluppo professionale.
- **L'apprendimento della competenza metodologica** deve sostituire la didattica tradizionale (modello biomedico), in quanto essa fornisce le condizioni operative per sperimentare i caratteri professionali, di **AUTONOMIA** e **RESPONSABILITA'**, dell'esercizio della professione infermieristica.



Abilità richieste all'Infermiere

Conoscenze di base

conoscenza generale delle scienze di base e delle scienze umane;

Gli infermieri acquisiscono le proprie conoscenze e di base in modo formale e informale attraverso:

- ✓ **Corsi di aggiornamento**
- ✓ **Lettura scientifica**
- ✓ **Aree correlate**
- ✓ **Discussione e confronto con i colleghi esperti e non**

Abilità richieste all'Infermiere

Abilità di ascoltare/comunicare

Una comunicazione efficace aiuta a farsi comprendere e a comprendere meglio gli altri; aiuta a raggiungere i propri obiettivi, migliora la disponibilità degli altri nei nostri confronti.

➤ **Dialogica**

➤ **Empatica**

➤ **Comunicazione Verbale**

➤ **Comunicazione non verbale / gestuale**

➤ **Non costruire stereotipi ed imporre la propria visione**

Abilità richieste all'Infermiere

Abilità di comunicare in forma scritta Saper usare le postazioni Informatiche

La capacità di trasmettere le informazioni riguardo alla persona assistita è di fondamentale importanza per garantire la continuità delle prestazioni , inoltre è indice di qualità dell'assistenza oltre che di eventuale protezione legale osservando alcuni principi:

- ❑ **Scrivi ciò che fai**
- ❑ **Fai quello che hai scritto**
- ❑ **Scrivi con linguaggio appropriato**
- ❑ **Usa i mezzi e i moduli prestabiliti**

Pensiero critico e Processo di Assistenza

Aiuta gli infermieri a scegliere soluzioni o identificare opzioni per la situazione assistenziale della persona.

Agli infermieri è richiesto **di pensare criticamente in tutti i contesti**, a casa, in ambulatorio, nelle unità di cura o nei centri di comunità.

Gli infermieri devono possedere anche ampie conoscenze di base e poi personalizzare l'assistenza per ciascun assistito, in qualsiasi contesto.

L'abilità dell'infermiere di pensare criticamente sarà una delle sue qualità più importanti.

Pensiero critico e Processo di Nursing

I dizionari descrivono il *pensiero* come un'attività della mente, in cui una persona elabora dati, produce intenzioni, riflessioni o giunge a produrre idee chiare

[American Heritage College

Dictionary, 2004].

Un punto di svolta o un collegamento estremamente importante è definito **critico**

[American Heritage College

Dictionary, 2004]

Pensiero critico

Alcune definizioni

Alfaro-LeFevre [2000, p. 9)

Pensiero finalizzato allo scopo di esprimere giudizi basati su un'evidenza.

American Association of College of Nursing [1998)

Il pensiero critico sottolinea il processo decisionale indipendente e interdipendente. Il pensiero critico comprende l'interrogarsi, l'analisi, la sintesi, l'interpretazione, la deduzione, il ragionamento induttivo e deduttivo, l'intuizione, l'applicazione e la creatività."

Pensiero critico e P. di A.

Fattori che influenzano il pensiero critico

- **Ansia:** Legata al contesto o alle situazioni quali salute e malattia, la vita e la morte
- **Attitudini:** Partecipazione attiva o passiva per apprendere i modelli dell'assistenza
- **Livello di preparazione:** Conoscenze di base, Capacità di sintesi e ricerca del significato, Capacità di dedicarsi agli approfondimenti
- **Stili di apprendimento:** Lo stile di apprendimento è un carattere Soggettivo, individuale: Preferenza a lavorare in gruppo o individualmente, Preferenza di poter apprendere con audiovisivi o soltanto con l'ascolto ecc.

Pensiero critico

Gli infermieri utilizzano il pensiero critico per:

- - **Raccogliere** informazioni;
- - **Interpretare** informazioni;
- - Esprimere **giudizi ponderati**;
- - Assumere **decisioni oculate**.

Prevedendo o reagendo a certi cambiamenti, gli infermieri devono basare le proprie decisioni sulla **conoscenza** e sul **pensiero razionale**, al fine di fornire **risposte professionali appropriate anche in condizioni di stress elevato**.

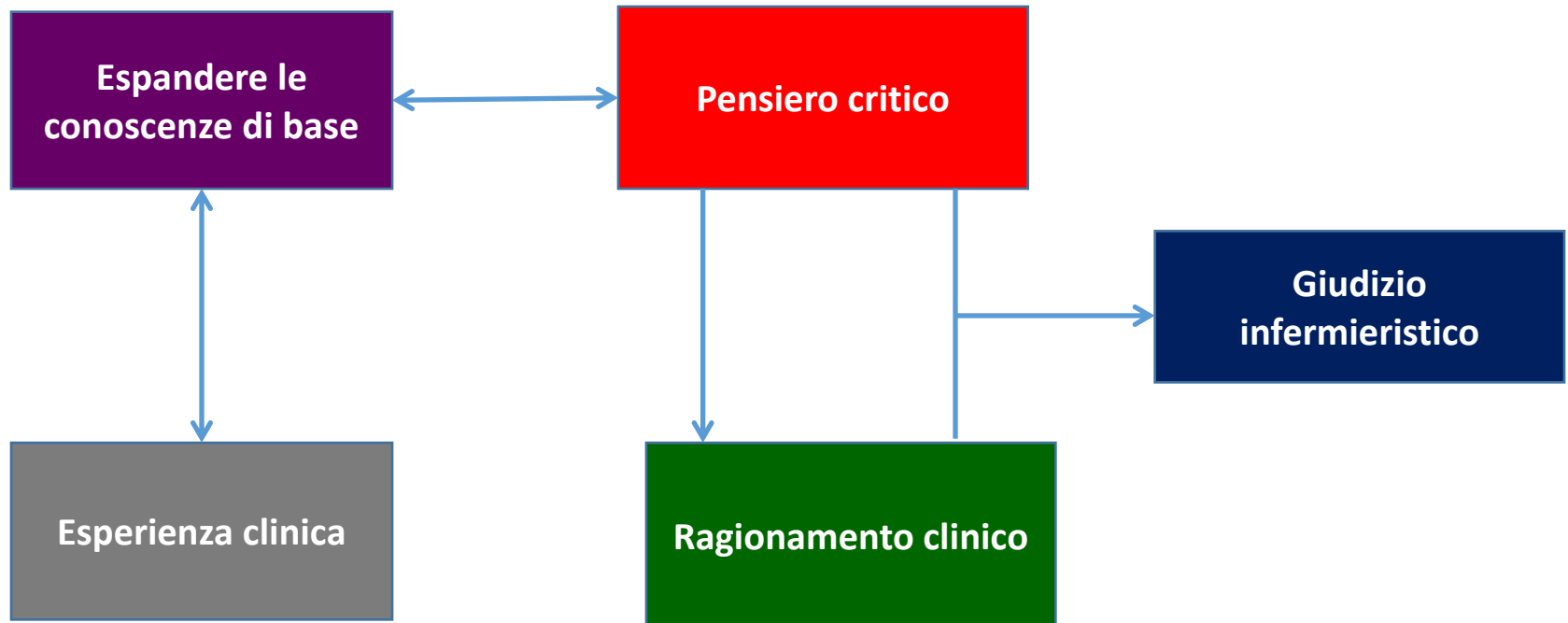
Caratteristiche del pensiero critico

- 1) **Razionalità e fondatezza**: si basa su argomentazioni piuttosto che su pregiudizi, preferenze, interessi personali o probabilità.
- 2) Implica la **concettualizzazione**: cioè l'elaborazione di un concetto. Un concetto è un'immagine mentale della realtà.

Il nursing usa i concetti relativi alle proprietà degli interventi e ai processi.

Pensiero critico

Sviluppo del pensiero critico nell'Assistenza Infermieristica



Modello per lo sviluppo del giudizio infermieristico (riprodotto da Fowler, LP. (1998). Improving critical thinking in nursing practice, journal *for Nurses in Staff Development*, 14[4], 185).

Il P.C. aiuta ad analizzare le priorità

Analizzare quali problemi sono più importanti. Stabilire le priorità è una abilità infermieristica essenziale.

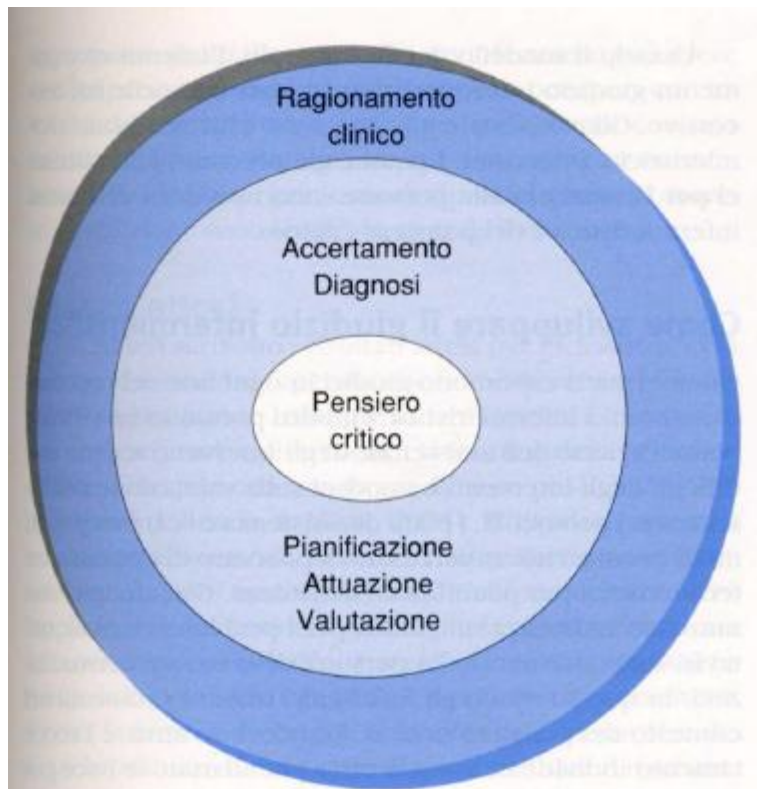


FIGURA 14-2 Ruolo del pensiero critico e del processo di assistenza infermieristica nel ragionamento clinico.

TABELLA 14-2

PERCORSI DI PENSIERO CRITICO DELLA NATIONAL LEAGUE FOR NURSING (NLN)

Accertamento	Porre domande rilevanti Esplorare idee Validare dati Riconoscere problemi e preoccupazioni
Analisi	Interpretare le evidenze Considerare i punti di vista Riconoscere le assunzioni Identificare informazioni dimenticate Usare lo scetticismo riflessivo Esaminare le alternative Valutare la forza dell'evidenza Scoprire gli errori Considerare gli standard legali/etici
Pianificazione	Validare/generare ipotesi Prevedere le conseguenze Usare il ragionamento deduttivo/induttivo Supportare le conclusioni con le evidenze Stabilire le priorità Pianificare gli approcci
Implementazione	Modificare/individualizzare gli approcci Applicare la ricerca alla pratica
Valutazione	Determinare il raggiungimento dei risultati Rivedere i piani Determinare le percezioni dei risultati

Da: National League for Nursing. (2000). *Guidelines for item writing*. New York: Autore.

Il **processo di assistenza insieme al pensiero critico**

è un **metodo di lavoro** che consente di:

- **STIMARE**
- **PROGRAMMARE**
- **EROGARE**
- **VALUTARE**

l'intervento infermieristico.

come prevede il profilo professionale - D.M. 739/94

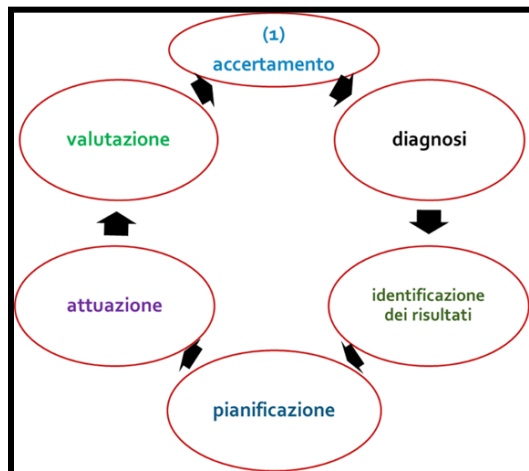
Metodo/processo		Profilo dell'Infermiere
Analisi della situazione	—————>	Identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i
Pianificazione-Attuazione	—————>	relativi obiettivi – pianifica gestisce e
Valutazione	—————>	valuta l'intervento assistenziale infermieristico

LE CARATTERISTICHE DEL METODO CLINICO

CARATTERISTICHE	DESCRIZIONE
CLINICO	«Klinè» "a letto del paziente": è un metodo per " saper fare " e non "per conoscere"; sinonimo di prescrittivo, pratico.
IPOTETICO-DEDUTTIVO	Si basa su teorie e modelli concettuali di riferimento , che costituiscono la fonte delle ipotesi diagnostiche, che consistono in deduzioni "attorno" a una situazione alterata. Il ragionamento clinico richiede delle premesse che derivano dai fatti e dai dati indagati e dalla loro interpretazione, che portano a delle conclusioni.
DIALOGICO	Riconosce la relazione tra due soggetti; necessita della comunicazione con la persona assistita ai fini della comprensione dei suoi bisogni
STRATEGICO	Non prevede linearità e sequenzialità dei comportamenti, ma una <u>veduta sistemica e olistica dei fenomeni</u> , cui attribuire un ordine di priorità

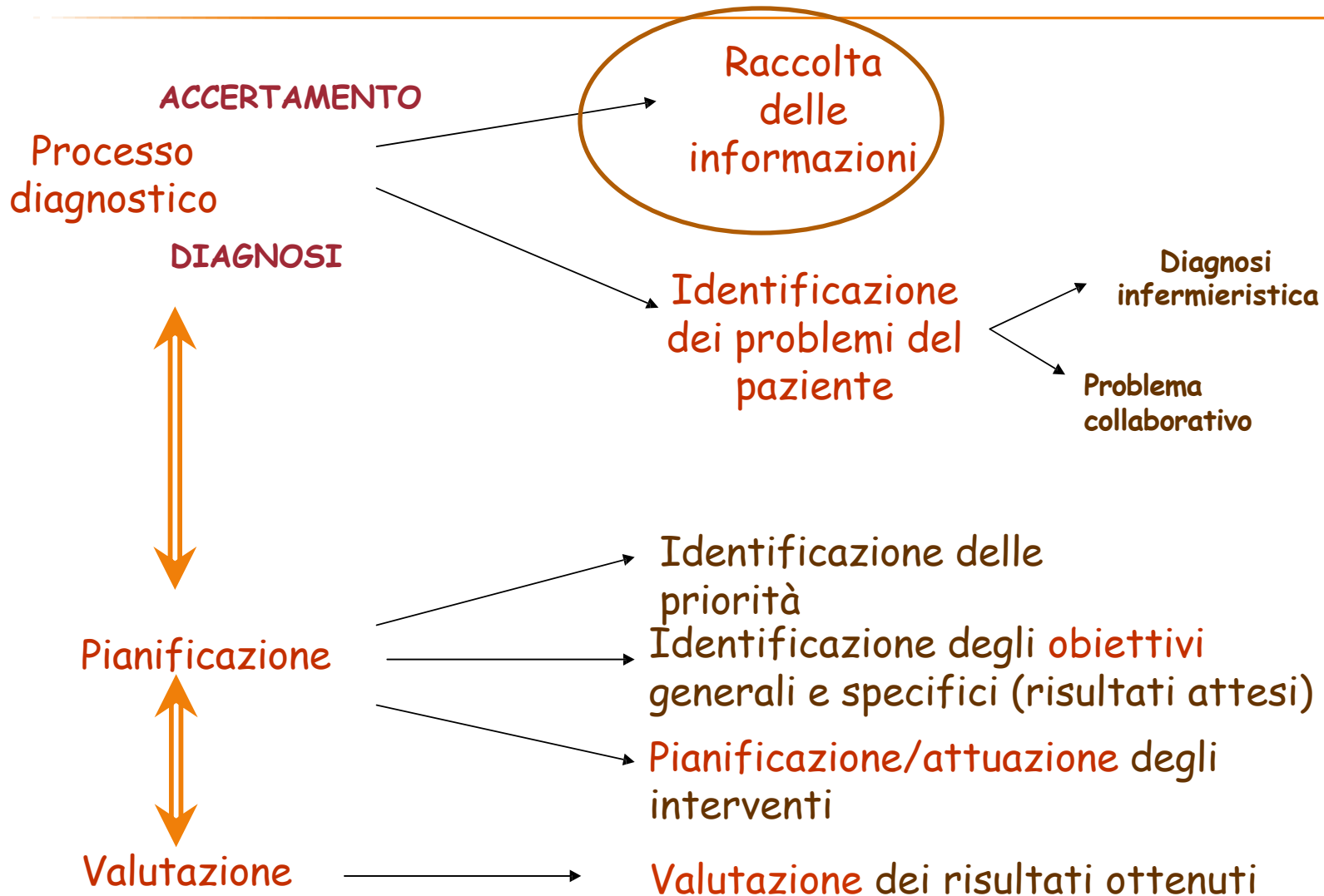
LE FASI DEL METODO

- Le fasi del processo assistenziale sono fondamentalmente cinque suddivise in due momenti basilari:



STIMA	1) Raccolta dati o accertamento o osservazione
	2) Definizione del problema o della diagnosi
MANAGEMENT	3) Pianificazione degli obiettivi e degli interventi
	4) Attuazione degli interventi
	5) Valutazione degli esiti degli interventi e del conseguimento degli obiettivi

LE FASI DEL METODO CLINICO



ACCERTAMENTO

Quali informazioni mi servono per assistere in modo
globale e personalizzato
la persona, la famiglia, i gruppi/comunità?

**rilevazione e registrazione strutturata di dati
necessari a determinare, sia per il passato
che presente, le condizioni di salute**

(Carpenito, 2006)

*Modello Concettuale
Gordon
Tassonomia NANDA*

**RICERCA DEGLI ELEMENTI CHE POSSONO AIUTARE A
IDENTIFICARE I PROBLEMI DEL PAZIENTE ALLO SCOPO DI
PIANIFICARE LE CURE IN MODO GLOBALE E FINALIZZATO**

ACCERTAMENTO

RACCOLTA DATI

PER IDENTIFICARE LA AREE RELATIVE A BISOGNI NON SODDISFATTI E LE INFORMAZIONI DEVONO RIGUARDARE:

- Raccolta informazioni di base sull'assistito;
- determinare le normali funzioni dell'assistito;
- determinare il rischio dell'assistito di sviluppare disfunzioni;
- determinare la presenza o l'assenza di disfunzioni;
- determinare le risorse dell'assistito (capacità di reazione, resilienza);
- fornire dati per la fase diagnostica.

ACCERTAMENTO

NELLA FASE DI ACCERTAMENTO L'INFERMIERE:

**RACCOGLIE
ORGANIZZA
VALIDA
E
REGISTRA**

I DATI

ACCERTAMENTO

TIPI, SCOPI E MOMENTI DI ACCERTAMENTO

Tipi	Scopi	Momenti
Accertamento iniziale	Identificazione iniziale delle funzioni normali, dello stato fisiologico, e raccolta dati sulle disfunzioni reali o potenziali. Dati di base per referenze e confronti futuri.	Dopo un periodo di tempo specifico dall'ammissione in ospedale, in casa di riposo, in un centro di assistenza sanitaria ambulatoriale o a servizi di assistenza sanitaria domiciliare. Processo continuo, integrato con l'assistenza infermieristica; da pochi minuti a varie ore fra gli accertamenti.
Accertamento mirato	Determinazione dello stato di un problema specifico identificato durante il precedente accertamento.	
Riaccertamento a distanza di tempo	Confronto dello stato attuale dell'assistito con i dati di base precedentemente ottenuti; scoperta dei cambiamenti in tutti i modelli funzionali di salute dopo che è passato un certo periodo di tempo.	Distanza di mesi (3, 6, 9 o più) fra gli accertamenti.
Accertamento di emergenza	Identificazione delle situazioni che mettono in pericolo la vita.	In qualsiasi momento, se si verificano crisi fisiologiche, psicologiche o emotive.

i dati di base

- ✖ I dati servono come punto di partenza per individuare i problemi del paziente. Generalmente i dati di base comprendono:
- **Dati anagrafici** (età, indirizzo, luogo di nascita, nazionalità, ecc.)
- **Sintomi** presentati dal paziente e principali disturbi
- **Reazioni del paziente alla malattia** e aspettative dalla cura
- **Storia sociale e culturale** (occupazione, nucleo familiare, credo religioso, scolarità, esperienze di vita, ecc.)
- **Storia medica pregressa** (interventi chirurgici, malattie, terapie assunte, allergie, ecc.)
- **Attività di vita quotidiana:** caratteristiche pregresse e attuali (profilo del paziente)
- **Stato cognitivo ed emozionale**
- **Revisione dei sistemi del corpo** mediante esame fisico
- **Esami di laboratorio e strumentali**

LA RACCOLTA DEI DATI: modalità

comunicare in modo efficace
(*comunicazione terapeutica*)
“Saper Essere”.

“Sapere”
ciò che contribuisce o provoca
un problema ci permette di
identificare i dati da
raccogliere.

interpretare i dati
(riconoscere l'indicatore e
saperne dare un significato)
“Saper Fare”.

Colloquio-Intervista

Osservazione

Esame Obiettivo

Revisione Documentazione/Reperti

Collaborazioni colleghi

LA RACCOLTA DEI DATI: modalità

COLLOQUIO- INTERVISTA

Il colloquio-intervista è un'abilità essenziale per ottenere informazioni consiste di domande finalizzate a ricavare dati soggettivi dell'assistito o dai suoi familiari .

L'anamnesi infermieristica si concentra sull'impatto
All'assistito dei **problemi di salute reali o potenziali**
e sul suo stato di salute e aiuta l'infermiere a:

Contesto favorevole
Momento opportuno
Informativa sulla riservatezza

- chiarire e verificare le percezioni da parte dell'assistito del suo stato di salute;
- confrontare lo stato di salute presente e passato dell'assistito,
- i comportamenti relativi agli stili di vita e le abilità di coping;
- identificare le diagnosi infermieristiche reali e potenziali;
- sviluppare il piano di assistenza infermieristica;
- attuare interventi infermieristici di sostegno alle risposte adattive dell'assistito.

LA RACCOLTA DEI DATI: modalità

OSSERVAZIONE

Dal dizionario: “guardare o esaminare con attenzione, considerare con cura, rilevare”

L'osservazione infermieristica **assume un significato più ampio di quello comune** in quanto prevede l'utilizzo di tutti i sensi (Tatto, vista, olfatto, udito) oltre che di tutte le abilità e conoscenze.

L'infermiere deve possedere:

- adeguata conoscenza dell'anatomia e della fisiologia, delle alterazioni, modo in cui esse si manifestano, delle influenze ambientali sulla salute
- interesse sincero per la persona o il gruppo che si osserva
- molta attenzione, che permette di cogliere il numero di particolari
- capacità di evitare, che l'osservazione venga influenzata da pregiudizi
- una pratica regolare e sistematica dell'osservazione

“Sapere” ciò che contribuisce a risolvere un problema ci permette di identificare i dati da raccogliere.

comunicare in modo efficace (*comunicazione terapeutica*)
“Saper Essere”.

interpretare i dati (riconoscere l'indicatore e saperne dare un significato)
“Saper Fare”.

LA RACCOLTA DEI DATI: modalità

ESAME OBIETTIVO (FISICO)

L'esame fisico è un metodo di raccolta dati sistematico, che usa i sensi della vista, dell'udito, dell'olfatto e del tatto per indagare i problemi di salute.

Di solito, l'intervista infermieristica è completata prima dell'esame fisico. L'esame fisico è utilizzato per verificare e ampliare i dati raccolti durante l'intervista infermieristica

[Gordon, 1994] .

TATTO: F.C. e ritmo del polso, lesioni, temperatura corporea, sudorazione, tumefazioni, edemi ecc...

VISTA: Aspetto generale, stato nutrizionale, postura, cammino, segni di stress, effetti personali nella stanza, abbigliamento, ostilità, disidratazione

OLFATTO: Odore del corpo, dell'alito: alito uremico, alcolico, carie, stomatiti; delle urine: diabete, farmaci, ecc...

UDITO: P.A., Rumori respiratori , Comunicazione verbale, ecc...

LA RACCOLTA DEI DATI: modalità

ESAME OBIETTIVO (FISICO)

ISPEZIONE: è l'esame visivo della persona eseguito in modo metodico e deliberato. Durante l'ispezione, sono considerate le strutture anatomiche della persona e identificata qualsiasi anomalia

PALPAZIONE: l'uso specializzato del tatto per raccogliere dati in più rispetto all'ispezione.

PERCUSSIONE: nota di percussione; consistenza strutture corporee (piene di liquidi, piene d'aria, solide), aree doloranti.

AUSCULTAZIONE: Attraverso l'auscultazione sono udibili i suoni intestinali, respiratori, cardiaci.

INTUITO: esperienza, competenza: sesto senso (**non lampo di genio**).

Accertamento fisico con il modello testa-piedi

Generale

Stato generale di salute
Parametri vitali, altezza e peso
Stato nutrizionale

Mobilità e cura di sé

Osservare la postura
Valutare l'andatura e l'equilibrio
Valutare la mobilità
Attività di vita quotidiana

Testa, viso e collo

Valutare lo stato cognitivo
Livello di coscienza
Orientamento
Umore
Linguaggio e memoria
Funzione sensoriale
Ispezionare ed esaminare gli occhi
Acuità visiva
Ispezionare ed esaminare le orecchie
Acuità uditiva
Nervi cranici
Ispezionare la cavità orale e i denti
Ispezionare i linfonodi
Ispezionare le vene del collo

Cute, capelli e unghie

Ispezionare il cuoio capelluto e i capelli
Valutare il turgore cutaneo

Valutare le lesioni cutanee
Valutare le ferite
Ispezionare le unghie

Torace

Ispezionare e palpare le ghiandole mammarie
Ispezionare e auscultare i polmoni
Auscultare il cuore

Addome

Ispezionare, auscultare e palpare i quattro quadranti
Palpare e percuotere il fegato, lo stomaco e la vescica
Eliminazione intestinale
Eliminazione urinaria

Genitali

Ispezionare i genitali femminili
Ispezionare i genitali maschili

Arti

Rilevare i polsi arteriosi
Valutare il riempimento capillare
Valutare l'edema
Valutare l'escursione articolare
Misurare la forza muscolare
Valutare la funzione sensoriale
Valutare la circolazione, il movimento e la sensibilità
Riflessi tendinei profondi
Ispezionare la cute e le unghie

SCHEMA per l'ESAME OBIETTIVO

✗ Accertamento fisico per SISTEMI CORPOREI:

- Aspetto generale (età, sesso, etnia, altezza, peso, stato nutritivo, sviluppo, colore)
- Parametri vitali (temperatura, polso, respiro, pressione arteriosa)
- Sistema nervoso (coscienza, memoria, orientamento, attenzione riflessi tendinei, postura, simmetrie, dolore, sensibilità tattile, occhi, naso, orecchie)
- Sistema muscoloscheletrico (livello di attività, dolore, estremità, articolazioni, muscoli, dorso, uso degli arti, forza)
- Sistema respiratorio (torace, modalità di respiro, suoni)
- Sistema cardiovascolare (cuore, attività cardiaca e vascolare)
- Sistema gastrointestinale (bocca e gola, addome, incontinenza)
- Sistema urinario (urine, dolore, incontinenza, distensione vescicale)
- Sistema riproduttivo (mammelle, mestruazioni, menopausa, dolore, pruriti, gonfiori, secrezioni)
- Sistema tegumentario (colore, pigmentazione, contusioni, lesioni, edema, secchezza odori, pruriti, cicatrici, edemi)

LA RACCOLTA DEI DATI: tipologie

I dati possono essere fondamentalmente di due tipi:

- **SOGGETTIVI** (cosa il paziente riferisce di sé stesso)
- **OGGETTIVI** (cosa l'operatore osserva sul paziente)

❖ I primi sono l'espressione personale del paziente circa se stesso e il suo ambiente ottenuti dall'operatore tramite un colloquio e sono detti anche SINTOMI.

Spesso quando si annotano è essenziale scrivere esattamente ciò che il paziente riferisce. Es. "Mi sento molto depresso" .

❖ I secondi sono le informazioni che riguardano il paziente ottenute dall'operatore tramite l'osservazione e sono detti anche SEGNI.

L'osservazione può verificarsi attraverso l'uso diretto dei sensi (ispezione, auscultazione, palpazione, percussione) o essere mediata da strumenti.

Quando i dati oggettivi e soggettivi sono ottenuti è basilare CONVALIDARE gli uni con gli altri perché siano attendibili.

LA RACCOLTA DEI DATI: **validazione**

La **validazione**, chiamata anche **doppio controllo** delle informazioni ottenute, è il processo di conferma dell'accuratezza dei dati raccolti nell'accertamento

L'identificazione di informazioni rilevanti e di deduzioni corrette dipende dalle conoscenze infermieristiche e cliniche dell'infermiere, dalle abilità di accertamento, dai valori personali e dalle esperienze passate

- *Confronto delle informazioni con le funzioni normali.*
- *Fare riferimento a libri di testo, riviste e rapporti di ricerca*
- *Controllare la consistenza delle informazioni*
- *Chiarire le affermazioni della persona assistita.*
- *Cercare il consenso dei colleghi sulle corrispondenze di sintomi e segni*

LA RACCOLTA DEI DATI: tipologie

CONFRONTO FRA DATI SOGGETTIVI E OGGETTIVI

	Dati soggettivi (informazioni celate)	Dati obiettivi (informazioni evidenti)
Metodo per ottenere i dati	Intervista	<p>Tecniche di ispezione, palpazione, percussione e auscultazione</p> <p>Strumenti di misurazione</p> <p>Documentazioni sanitarie</p> <p>Esami di laboratorio, test radiologici e procedure diagnostiche</p> <p>Risultati dell'esame fisico: suoni cardiaci, tumori palpabili, pelle di colore alterato</p>
Esempi	<p>Sintomi</p> <p>Valori</p> <p>Percezioni</p> <p>Sentimenti</p> <p>Attitudini</p> <p>Sensazioni</p> <p>Credenze</p>	<p>Pressione del sangue, temperatura, pressione endocranica</p> <p>Rapporti scritti di altri componenti dell'équipe sanitaria sulla documentazione sanitaria</p> <p>Risultati del profilo ematologico completo, risultati della radiografia del torace</p>

LA RACCOLTA DEI DATI: fonti

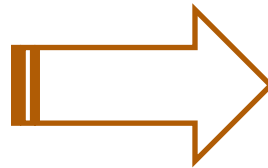
- Ci sono due importanti fonti dei dati:
- **FONTE PRINCIPALE**: è il **PAZIENTE** e i dati che fornisce costituiscono una parte indispensabile dei dati di base (*per questa ragione il paziente deve essere coinvolto tutte le volte*)
- **FONTE SECONDARIA**: comprende i **FAMILIARI**, gli AMICI, ecc.; la **DOCUMENTAZIONE CLINICA**; i risultati di laboratorio e di indagini strumentali; i membri dell'**EQUIPE** ASSISTENZIALE; la **LETTERATURA SCIENTIFICA**.

Il PAZIENTE rimane sempre la fonte primaria, anche se non è in grado di comunicare verbalmente. L'infermiere deduce i dati che hanno valore ricorrendo all'esame obiettivo.

LA RACCOLTA DEI DATI: strumenti specifici

STRUMENTI VALIDATI E RICONOSCIUTI DALLA COMUNITA' SCIENTIFICA SCALE DI RILEVAZIONE, ORGANIZZAZIONE E ANALISI DEI DATI

- × **SCALA DI BRADEN**
- × **SCALA DI BARTHEL**
- × **SCALA DI GLASGOW**
- × **SCALA DI CONLEY**
- × **SCALA MUST**
- × **SCALA VAS**



**ALTRE
SCALE**

- ✓ Sono strumenti in grado misurare un fenomeno (risposta umana alla malattia, disagio...)
- ✓ Permettono di verificare i cambiamenti nel tempo
- ✓ Consentono l'utilizzo da parte di rilevatori diversi (linguaggio standard)

LA RACCOLTA DEI DATI: strumenti specifici

CARATTERISTICHE DELLE SCALE DI VALUTAZIONE

× Affidabilità

- + **Valide**: misurare il fenomeno di interesse (escludere i falsi positivi)
- + **Sensibili**: misurare l'intera variabilità del fenomeno anche alle più basse intensità (includere i falsi negativi)
- × Queste caratteristiche delle scale vengono espresse attraverso coefficienti normalmente con valori compresi tra 00 e 100. o tra 00 e 10 o tra 0 e 1

LA RACCOLTA DEI DATI: strumenti specifici

CARATTERISTICHE DELLE SCALE DI VALUTAZIONE

- ✗ **Semplicità nella somministrazione**
- ✗ **Comprensibilità**
- ✗ **Stabilità:** rilevazioni ripetute devono dare lo stesso risultato a parità di condizioni (attraverso il Test-retest è possibile accertare la stabilità dello strumento correlando i punteggi ottenuti da somministrazioni ripetute)
- ✗ **Attendibilità incrociata:** rilevazioni indipendenti devono dare lo stesso risultato

LA RACCOLTA DEI DATI: strumenti specifici

SCALE DI VALUTAZIONE - ALTRE CARATTERISTICHE

- ✗ Rapidità
- ✗ Precisione di rilevazione del problema
- ✗ Accuratezza nella trasmissione di informazioni
- ✗ Rilevazione dei rischi
- ✗ Valutazione dell'efficacia dei trattamenti

LA RACCOLTA DEI DATI: strumenti

STRUMENTI VALIDATI E RICONOSCIUTI DALLA COMUNITA' SCIENTIFICA

SCALA DI BRADEN e NORTON Valutazione del rischio da lesioni da decubito o da pressione (LDD o LDP)

SCALA DI BARTHEL – ADL – IADL Valutazione del grado di dipendenza, Activities Daily Living(ADL) Instrumental Activities Daily Living (IADL)

SCALA DI CONLEY (prevenzione e segnalazione cadute)

GLASGOW COMA SCALE valutazione dello stato di coscienza di un paziente – coma

SCALA VAS – NRS valutazione del dolore

LA RACCOLTA DEI DATI: strumenti

SCALA DI BRADEN

PUNTEGGIO = 0 < 16 RISCHIO

Parametri	Variabili P.4	P.3	P.2	P.1
Percezione sensoriale	Non limitata	Poco limitata	Molto limitata	Completamente limitata
Umidità	Raramente umida	Occasionalmente umida	Spesso umida	Permanentemente umida
Attività	Cammina spesso	Cammina occasionalmente	In poltrona	Allettato
Mobilità	Non limitata	Parzialmente limitata	Molto limitata	Assente
Alimentazione	Eccellente	Adeguate	Probabilmente inadeguata	Assente
Frizione/ scivolamento		Assente	Potenzialmente presente	Presente

Sezione 4: Valutazione del rischio di lesioni da pressione (Braden)		
1) Percezione sensoriale (Capacità di rispondere adeguatamente al disagio legato alla compressione)	Ingresso	1 mese
Limitatissima Non responsivo (non si alimenta, non si sposta, non si afferra) agli stimoli dolorosi, a causa del ridotto livello di coscienza o della sedazione farmacologica. <i>Oppure:</i> Ridotta capacità di percezione del dolore sulla maggior parte della superficie corporea.	1	1
Molto limitata Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non è in grado di manifestare il disagio se non attraverso lamenti o agitazione <i>Oppure:</i> Presenta una compromissione sensoriale che limita la capacità di percepire dolore o disagio su oltre la metà del corpo.	2	2
Lievemente limitata Risponde agli ordini verbali, ma non sempre è in grado di manifestare il disagio o il bisogno di essere girato.	3	3
Nessuna limitazione Risponde agli ordini verbali. Non presenta deficit sensoriali che limitino la capacità di percepire o riferire dolore o disagio.	4	4
2) Umidità cutanea (Entità dell'esposizione della cute all'umidità)		
Permanentemente umida La cute è costantemente bagnata da sudorazione, urine, ecc. Si riscontra umidità ogni qualvolta il paziente viene mosso o girato.	1	1
Molto umida La cute è spesso ma non sempre umida. La biancheria deve essere cambiata almeno ad ogni turno.	2	2
Occasionalmente umida La cute è occasionalmente umida, richiedente un cambio di biancheria supplementare all'incirca una volta al giorno.	3	3
Raramente umida La cute è abitualmente secca, la biancheria deve essere cambiata ad intervalli routinari.	4	4
3) Attività (Grado di attività fisica)		
Allettato In poltrona La capacità di camminare è gravemente limitata o assente. Non è in grado di reggere il proprio peso e/o deve essere assistito per sedersi in poltrona o carrozzella.	1	1
Cammina occasionalmente Cammina occasionalmente nel corso della giornata, ma per tratti molto brevi, con o senza assistenza. Passa la maggior parte del tempo a letto o in poltrona.	2	2
Cammina spesso È in grado di camminare fuori dalla camere almeno due volte al giorno e nella camera almeno una volta ogni due ore durante il giorno.	3	3
	4	4

4) Mobilità (Capacità di cambiare e controllare la posizione del corpo)	Ingresso	1 mese
Assente Non è in grado di effettuare neppure lievi cambi nella posizione del corpo o degli arti senza assistenza.	1	1
Molto limitata È in grado di effettuare occasionalmente lievi cambi nella posizione del corpo e degli arti, ma non di effettuare autonomamente cambi frequenti o consistenti.	2	2
Lievemente limitata Effettua frequenti ma limitati cambi di posizione del corpo o degli arti in modo autonomo.	3	3
Non limitata Effettua frequenti e impegnativi cambi di posizione senza assistenza.	4	4
5) Alimentazione (Abituali caratteristiche dell'assunzione alimentare)		
Molto scadente Non consuma mai un pasto completo. Raramente introduce più di 1/3 di quanto gli viene offerto. Introduce meno di 2 porzioni di cibi proteici (carne o latticini) al giorno. L'introduzione di liquidi è scarsa. Non assume supplementi dietetici liquidi <i>Oppure:</i> È stato mantenuto a dieta solo idrica o per via venosa per più di 5 giorni.	1	1
Probabilmente inadeguata Raramente consuma un pasto completo e generalmente introduce solo circa la metà di quanto gli viene offerto. L'apporto proteico consiste solo in 3 porzioni di carne o latticini al giorno. Occasionalmente introduce un supplemento dietetico. <i>Oppure:</i> Riceve meno della quantità ottimale di alimenti liquidi o per sondino.	2	2
Adeguate Consuma oltre la maggior parte dei pasti. Introduce un totale di 4 porzioni di cibi proteici (carne, latticini) al giorno. Occasionalmente rifiuta un pasto, ma abitualmente accetta un supplemento, se offerto <i>Oppure:</i> Si trova sotto alimentazione per sondino o parenterale totale, che probabilmente soddisfano la maggior parte del fabbisogno nutrizionale.	3	3
Eccellente Consuma la maggior parte di tutti i pasti. Non rifiuta mai il cibo. Abitualmente introduce 4 o più porzioni di carne e latticini al giorno. Occasionalmente mangia fuori pasto. Non necessita di supplementi	4	4
6) Frizione e scivolamento		
Problema presente Richiede assistenza consistente o totale per muoversi. È impossibile il sollevamento completo senza strisciare contro le lenzuola. Scivola frequentemente verso il basso quando è a letto o in poltrona, richiedendo un frequente riposizionamento con il massimo di assistenza. Spasticità, contratture o agitazione comportano una frizione della cute pressoché continua.	1	1
Problema potenziale Si muove difficilmente o richiede un minimo di assistenza. Durante i movimenti è probabile che la cute strisci contro lenzuola, poltrona, mezzi di contenzione o altro. Riesce a mantenere una posizione relativamente buona in poltrona o a letto per la maggior parte del tempo ma occasionalmente scivola verso il basso.	2	2
Nessun problema apparente Si muove autonomamente a letto o in poltrona ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti. Mantiene una buona posizione a letto o in poltrona in ogni movimento.	3	3
TOTALE BRADEN		

LA RACCOLTA DEI DATI: strumenti

NRS

Numeric
Rating Scale

SCALA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

10	INSOPPORTABILE
9	
8	MOLTO FORTE
7	
6	FORTE
5	
4	MODERATO
3	
2	LIEVE
1	
0	ASSENTE

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Progetto Accoglienza e Cure

10	
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	
0	

PRS

HAPPY FACE PAIN
RATING SCALE

LA RACCOLTA DEI DATI: strumenti

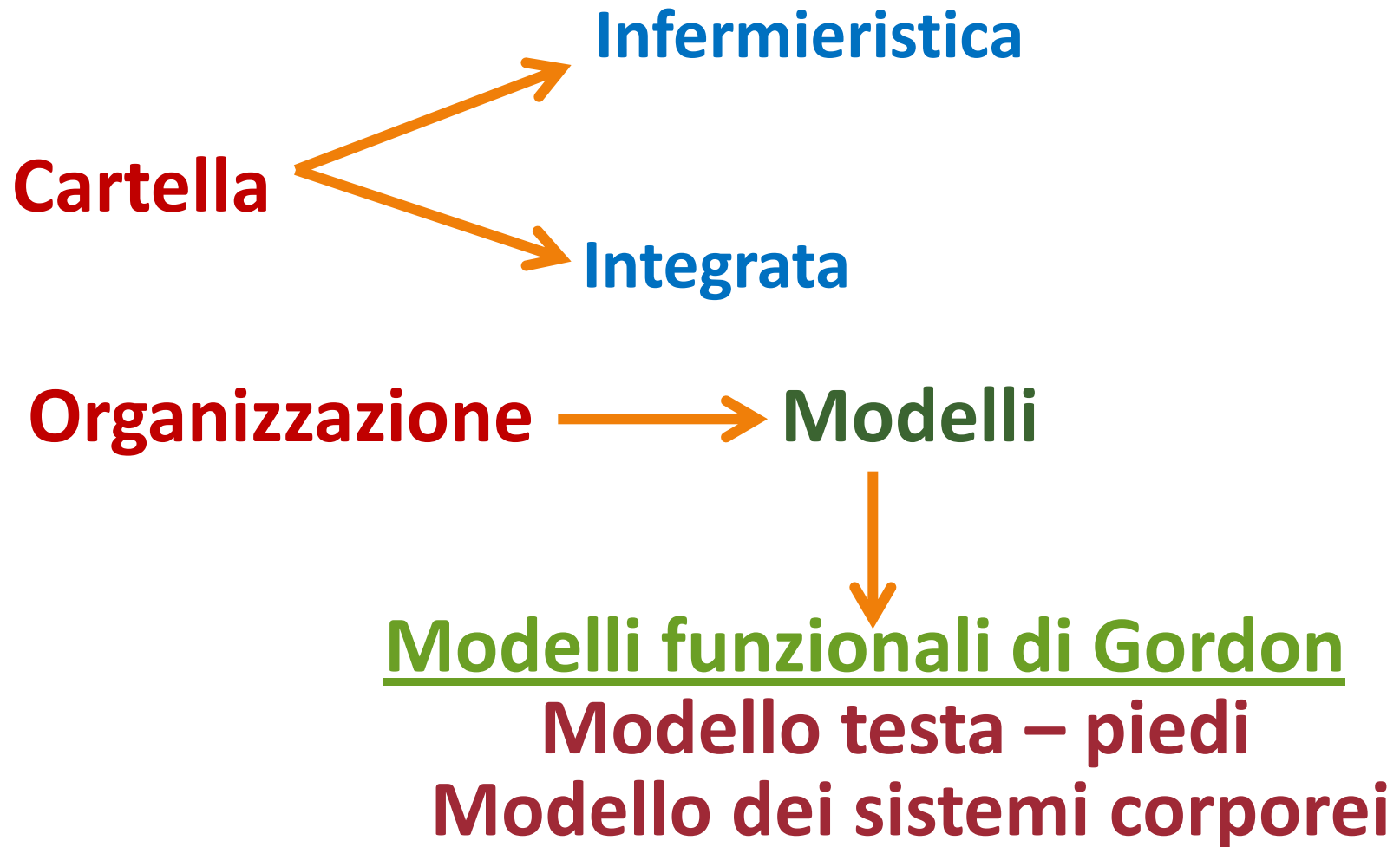
Scala numerica (NRS, Numeric Rating Scale; Hartrick *et al.*, 2003)

ACCERTAMENTO

Sezione 8: Valutazione del dolore										
<i>Quanto dolore prova al momento? (0 = nessun dolore - 10 = massimo dolore)</i>										
Ingresso										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 mese										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6 mesi										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

RIACCERTAMENTO

REGISTRAZIONE-ORGANIZZAZIONE DEI DATI



REGISTRAZIONE-ORGANIZZAZIONE DEI DATI

Si possono utilizzare diversi **modelli infermieristici concettuali**:

- ✓ Forniscono uno schema e servono da guida durante l'intervista e l'esame fisico;
- ✓ Aiutano a prevenire l'omissione di informazioni importanti;
- ✓ Favoriscono l'analisi dei dati nella fase diagnostica;
- ✓ Ogni modello concettuale contiene un insieme di riferimenti per erogare assistenza infermieristica.

ES.

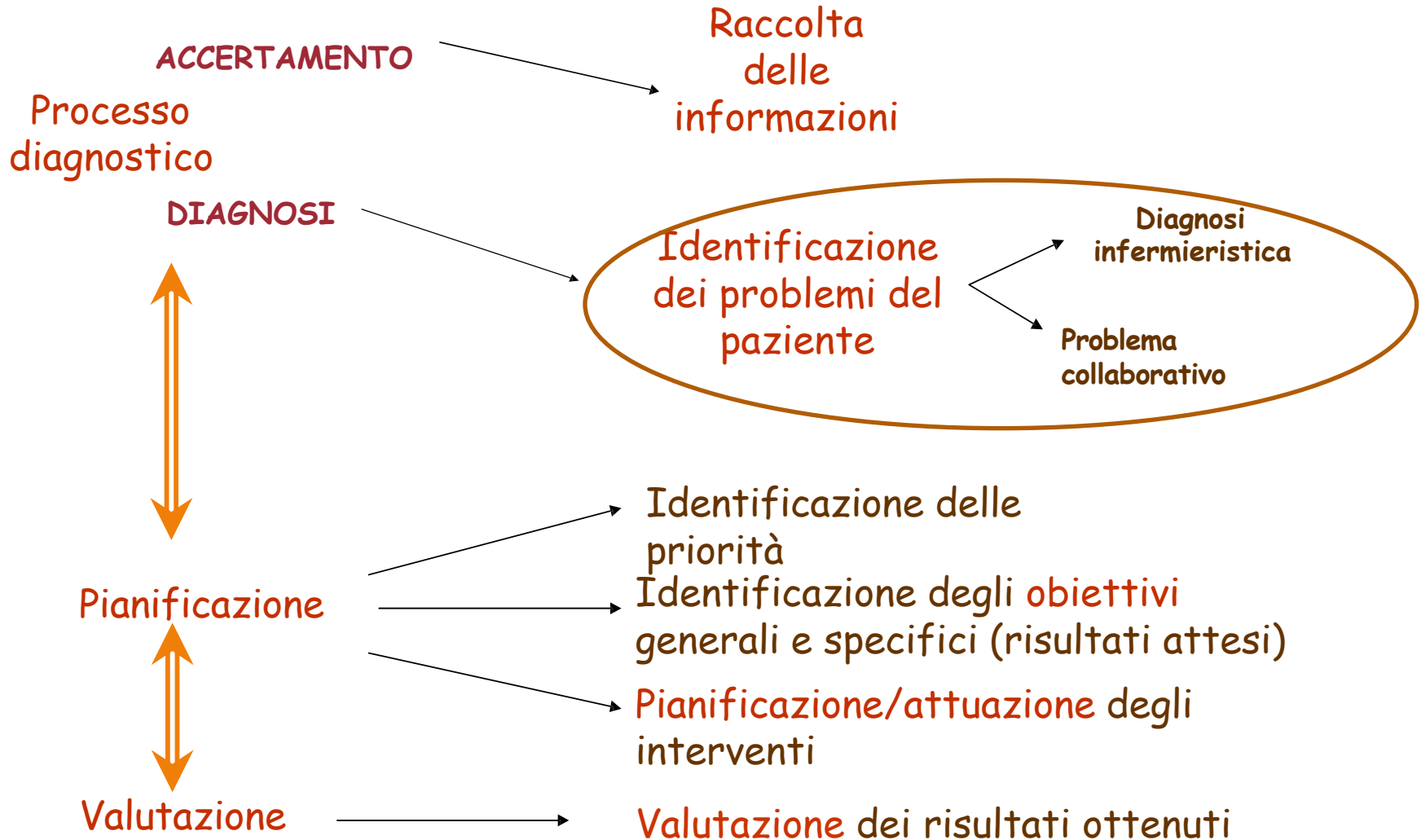
- ✗ modello di auto-cura di Orem,
- ✗ il modello di adattamento di Roy,
- ✗ il modello dei sistemi di Neuman
- ✗ e il modello comportamentale di Johnson ecc....

SCHEMA per l'ANAMNESI

MODELLI FUNZIONALI DELLA SALUTE (GORDON):

- **Percezione-gestione della salute** (stato di salute, misure di prevenzione, ricoveri e trattamenti pregressi)
- **Nutrizionale-metabolico** (alimenti e liquidi ingeriti giornalmente, diete, variazioni di peso, deglutizione, masticazione, difficoltà ad alimentarsi)
- **Eliminazione** (frequenza e caratteristiche delle feci e delle urine, ritenzione, incontinenza, uso di ausili)
- **Attività-esercizio fisico** (attività giornaliera, occupazione, limitazioni articolari, deambulatorie, nel lavarsi, nel vestirsi, nell'uso del bagno, nell'alimentarsi, uso di ausili, caricamento del peso, affaticamento, difficoltà respiratoria)
- **Sonno-riposo** (durata del sonno notturno, risvegli, sentirsi riposato)
- **Cognitivo-percettivo** (deficit sensoriali, leggere, scrivere, vertigini)
- **Percezione del sé** (preoccupazioni maggiori, effetti della malattia sull'autopercezione, autodescrizione)
- **Ruolo-rapporti** (idioma, eloquio, espressione, comprensione, situazione abitativa, sostegni e vita familiare, figli, coniuge, maltrattamenti)
- **Sessualità-riproduzione** (fertilità, libido, erezione, gravidanza, contraccezione, mestruazioni, menopausa)
- **Adattamento-tolleranza allo stress** (decisioni indipendenti o assistite, cambiamenti di vita passati, futuri e auspicati, gestione dello stress, comfort e sicurezza)
- **Valori-credenze** (religione, significati, recenti cambiamenti di valori, credenze e bisogni durante l'assistenza)

LE FASI DEL METODO CLINICO



DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

Origini della diagnosi infermieristica U.S.A.

1953 V. Fry scrive un articolo sulla diagnosi infermieristica (D.I.) La D.I. si basa sui bisogni assistenziali della persona

Anni '60 si parla di D.I. si utilizza nell'ambito assistenziale ma non si riconosce che è un processo di pensiero che l'infermiere è abilitato a compiere (autonomia), senza invadere l'ambito di competenza medica.

1973 l'A.N.A. inserisce la D.I. negli standard clinici

1973 si riunisce la 1° Conferenza sull'identificazione e la classificazione delle D.I. a St. Louis

1982 nasce, in occasione della V conferenza, la N.A.N.D.A. Leader mondiale della classificazione delle diagnosi infermieristiche. Elabora la 1° definizione di D.I.

Anni 80 la D.I. è inclusa ufficialmente nell'attività professionale dell'infermiere

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

Sviluppo delle diagnosi Infermieristiche

ANA- The American Nurse Association

È l'associazione delle infermiere iscritte all'albo negli USA È nata nel 1911 come associazione con la finalità di creare l'albo professionale e promuovere degli standard di pratica infermieristica

DALL'ANA SI SVILUPPA LA NANDA

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

Dopo aver analizzato e interpretato i dati, vengono individuati i problemi assistenziali del malato.

✕ I problemi possono essere distinti in:

- ❖ 1. Problemi affrontabili dall'infermiere con interventi autonomi;
- ❖ 2. Problemi affrontabili dall'infermiere con interventi in interdipendenza con altri operatori.

- ❖ I primi trovano una loro definizione nella **DIAGNOSI INFERMIERISTICA**
- ❖ I secondi trovano una loro definizione nei **PROBLEMI COLLABORATIVI INFERMIERISTICI**

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

DIAGNOSI INFERMIERISTICA

Un giudizio clinico relativo ad un individuo, famiglia o comunità in merito agli attuali o potenziali problemi di salute /processi vitali. Essa fornisce le basi per i trattamenti finalizzati al raggiungimento di risultati dei quali l'infermiere è responsabile“.

secondo N.A.N.D.A.1990 (North American Nursing Diagnosis Association)

Tale organizzazione ha elaborato una classificazione delle diagnosi infermieristiche (D.I.) Tassonomia II, con la sua struttura multiassiale e i suoi tre livelli: **domini, classi e diagnosi infermieristiche**.

A partire dal 1975 e ogni due anni elabora un elenco di diagnosi accettate per lo studio e le convalida in ambito clinico.

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

DIAGNOSI INFERMIERISTICA

Un giudizio clinico relativo ad un individuo, famiglia o comunità in merito agli attuali o potenziali problemi di salute /processi vitali. Essa fornisce le basi per i trattamenti finalizzati al raggiungimento di risultati dei quali l'infermiere è responsabile“.

secondo N.A.N.D.A.1990 (North American Nursing Diagnosis Association)

Tale organizzazione ha elaborato una classificazione delle diagnosi infermieristiche (D.I.) Tassonomia II, con la sua struttura multiassiale e i suoi tre livelli: domini, classi e diagnosi infermieristiche.

Dominio 2 – Nutrizione	
Le attività di assumere, assimilare e usare nutrienti al fine di mantenere i tessuti, riparare i tessuti e produrre energia.	
Classe 1 – Ingestione: Introdurre cibo e nutrienti nel corpo.	
Diagnosi approvate	
00107	Modello inefficace di alimentazione del Bambino
00103	Compromissione della Deglutizione
00002	Nutrizione inferiore al fabbisogno
00001	Nutrizione superiore al fabbisogno
00003	Rischio di Nutrizione superiore al fabbisogno
Classe 2 – Digestione: Le attività fisiche e chimiche che convertono i generi alimentari in sostanze fruibili per l'assorbimento e l'assimilazione.	
Classe 3 – Assorbimento: L'atto di trasportare i nutrienti attraverso i tessuti corporei.	
Classe 4 – Metabolismo: I processi chimici e fisici che si verificano negli organismi viventi e nelle cellule per lo sviluppo e l'uso dei protoplasmici, la produzione di rifiuti ed energia, il rilascio di energia per tutti i processi vitali.	
Classe 5 – Idratazione: L'assunzione e l'assorbimento di liquidi ed elettroliti.	
Diagnosi approvate	
00160	Disponibilità a migliorare il Bilancio idrico
00026	Eccessivo volume dei Liquidi
00027	Insufficiente volume dei Liquidi
00028	Rischio di insufficiente volume dei Liquidi
00025	Rischio di squilibrio nel volume dei Liquidi

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

Formulare una diagnosi presuppone l'ANALISI e l'INTERPRETAZIONE dei dati raccolti.

L'analisi non è valida se non sfocia in una sintesi.

- **ANALISI:** deriva dal greco *análysis*: scomposizione. Analizzare i dati consiste non solamente nello scomporli, isolarli e ordinarli, ma anche nello scoprire **le relazioni fra ciascuno di questi** e nel comprendere come sono raggruppati.
- **INTERPRETAZIONE:** deriva dal latino *interpretari*: tradurre in termini razionali accessibili l'essenza di un testo oscuro. Interpretare i dati consiste nel **dare un significato alle relazioni tra dati e al loro raggruppamento** (deduzione e sintesi). Nella deduzione entra in gioco la preparazione teorica e l'esperienza e comunque deve essere convalidata.

1- ipertensione
2- bradicardia
3- edemi declivi
4- torpore
5- immobilità

1- cause: essenziale, liquidi In eccesso, eliminazione alterata, ritmo cardiaco
2- cause: liquidi In eccesso, scompenso Cardiaco, ritmo cardiaco
3- cause: liquidi In eccesso, scompenso, eliminazione Alterata
4- cause: eliminazione Alterata, aumento urea, iperpotassiemia
5- cause: torpore, apatia, sonnolenza

Rischio Edema polmonare, rischio integrità cutanea

La definizione della diagnosi è il momento più delicato del processo assistenziale, perché in base alla diagnosi vengono previsti gli obiettivi e gli interventi da effettuare.

DIAGNOSI MEDICHE E DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

- ✗ Le diagnosi infermieristiche si possono confrontare o opporre a quelle mediche:
- Hanno in comune lo **stesso metodo** (metodo clinico – *kliné* -)
- Hanno in comune lo **stesso scopo** (problem-solving del malato)
- **Cambia** però il centro di interesse di analisi e sintesi.

❖ Al medico interessa esprimere la diagnosi sulle **ALTERAZIONI D'ORGANO** del paziente (MALATTIA) e i **PROCESSI PATOLOGICI** che ne sono alla base.

❖ All'infermiere interessa esprimere la diagnosi sulle **ALTERAZIONI DI SODDISFACIMENTO DEI BISOGNI FONDAMENTALI DELLA PERSONA** (RISPOSTE della PERSONA a PROBLEMI DI SALUTE) e i **PROCESSI FISICI, PSICOLOGICI O SOCIALI** che ne stanno alla base.

Entrambi le diagnosi sono
ESSENZIALI per il PIANO DI CURA DEL PAZIENTE

DIAGNOSI MEDICHE E DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

DIAGNOSI MEDICHE	DIAGNOSI INFERMIERISTICHE
Epatite di tipo B	Adattamento inefficace, correlato a isolamento prolungato
Diabete mellito	Rischio di compromissione dell'integrità cutanea dei piedi, correlata a diminuito apporto ai tessuti di sangue e nutrienti
Cancro	Alterazione della mucosa del cavo orale, correlata agli effetti della terapia chemioterapica

LA DIAGNOSI INFERMIERISTICA NON E'

- Una diagnosi medica (es. diabete mellito, cirrosi epatica, ..)
- **Uno stato patologico (es. ridotta ossigenazione cerebrale, insufficienza respiratoria.....)**
- Un trattamento o strumento (es. ossigenoterapia, S.N.G. (sondino naso gastrico...))
- **Un'indagine diagnostica (es. cateterismo cardiaco, gastroscopia..)**
- Un effetto collaterale di un farmaco
- **Una singola etichetta quale "obesità", "stipsi"**
- **Una situazione particolare (es. gravidanza, processo del morire..)**
- Un segno (es. livello della glicemia nel sangue, arrossamento..)
- **Un obiettivo (es. provvederà da solo alla cura della stomia)**
- Un bisogno (es. bisogno di camminare)
- **Un intervento infermieristico (es. cambio della medicazione)**

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

- Si definisce infermieristica una diagnosi quando:
- ❖ L'infermiere **può agire di sua iniziativa e autonomamente sulla CAUSA del problema** per eliminarla o compensarla;
- ❖ L'infermiere **è legalmente autorizzato ad agire** per trattare e prevenire il problema.

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

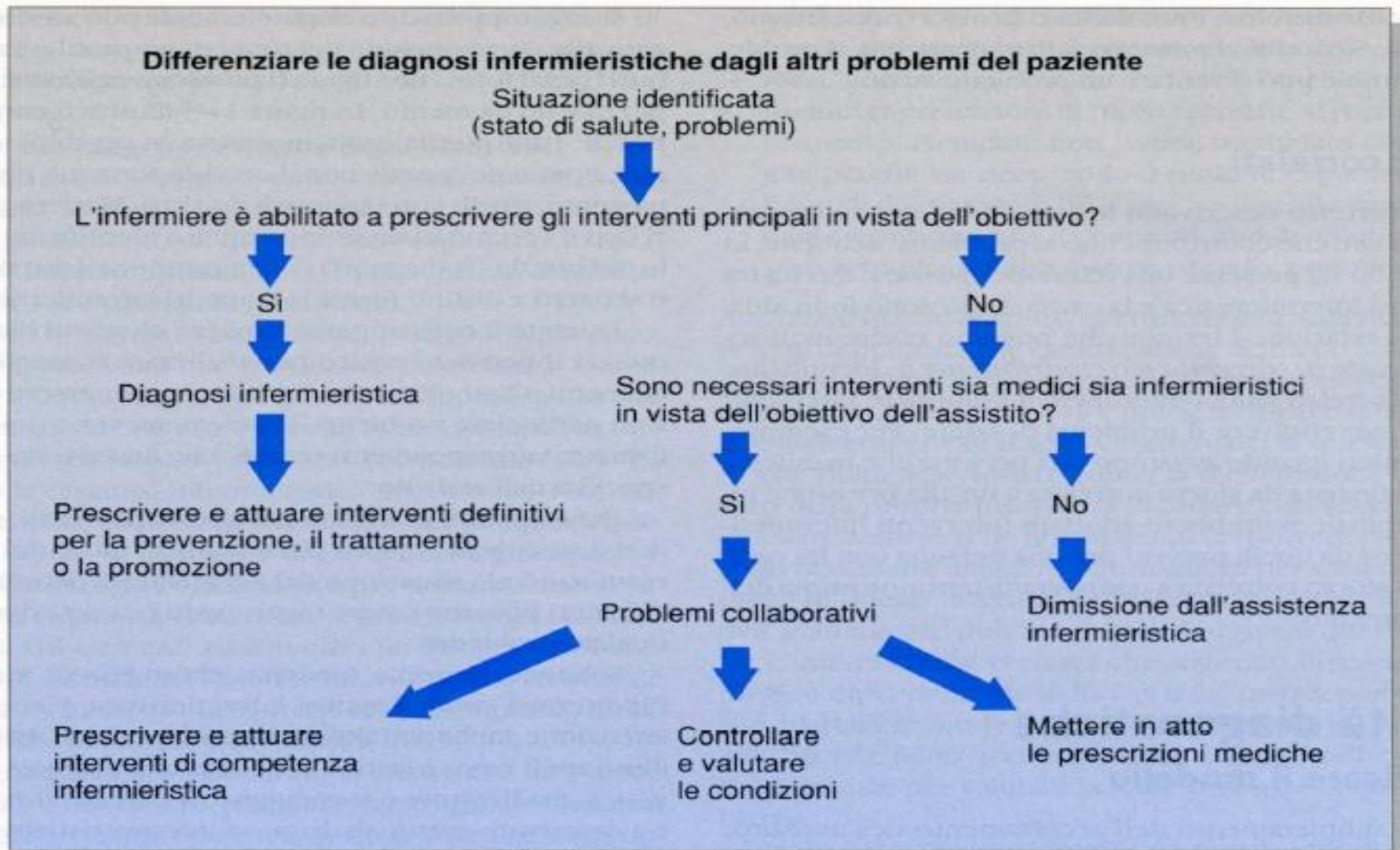


FIGURA 11-2 Confronto delle diagnosi infermieristiche con gli altri problemi del paziente. (Da: Carpenito, L., Nursing diagnosis: Application to clinical practice, 10ª ed., Philadelphia: Lippincott, 2005; trad. it. Diagnosi infermieristiche: applicazione alla pratica clinica, 3ª ed., CEA Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2006.)

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

LA DIAGNOSI INFERMIERISTICA

- ❖ **...costituisce la base necessaria a stabilire gli **interventi infermieristici da attivare** per conseguire dei risultati sui quali **l'infermiere è responsabile****

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

INFERMIERE:

- **Autonomo** nel prescrivere gli interventi
PRIMARI = quelli che garantiscono il risultato
- **Competente** nel dare una risposta
- **Responsabile** dei risultati

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

L'infermiere: competente, autonomo, responsabile

➤ PERCORSO DI STUDI

➤ PROFILO PROFESSIONALE

➤ CODICE DEONTOLOGICO

➤ ESPERIENZE E FORMAZIONE POST BASE

DM 739/94

Art.1 c. 5 - La formazione infermieristica **post-base** per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle **conoscenze cliniche avanzate** e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:

- a) sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica;
- b) pediatria: infermiere pediatrico;
- c) salute mentale- psichiatria: infermiere psichiatrico;
- d) geriatria: infermiere geriatrico;
- e) area critica: infermiere di area critica.

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

BOX 11-2

Diagnosi infermieristiche organizzate secondo il modello funzionale

CRAVEN PG.212

Modello di percezione della salute/Gestione della salute

Rischio di Avvelenamento

Rischio di Cadute

Ritardo nella Crescita e nello sviluppo

Rischio di Crescita sproporzionata

Disturbo del campo di Energia

Reazione allergica al Lattice

Rischio di reazione allergica al Lattice

Rischio di Lesione

Rischio di Lesione da posizionamento perioperatorio

Non adesione

Gestione efficace del Regime terapeutico

Gestione inefficace del Regime terapeutico

Gestione inefficace del Regime terapeutico della famiglia

Gestione inefficace del Regime terapeutico della comunità

Inefficace mantenimento della Salute

Comportamenti volti a migliorare la Salute (specificare)

Rischio di Soffocamento

Rischio di ritardo nello Sviluppo

Rischio di Trauma

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

Attività/Esercizio

Intolleranza all'Attività

Rischio di intolleranza all'Attività

Insufficienza di Attività diversive

Comportamento disorganizzato del Bambino

Disponibilità a migliorare il comportamento organizzato del Bambino

Compromessa gestione della Casa

Deficit nella Cura di sé: alimentazione

Deficit nella Cura di sé: bagno/igiene personale

Deficit nella Cura di sé: vestirsi/curare il proprio aspetto

Compromissione della Deambulazione

Rischio di Disfunzione neurovascolare periferica

Riduzione della Gittata cardiaca

Ritardata Guarigione chirurgica

Sindrome da Immobilizzazione

Compromissione della Mobilità

Compromissione della Mobilità con la sedia a rotelle

Compromissione della Mobilità nel letto

Inefficace Perfusiones tissutale (specificare): renale, cerebrale, cardiopolmonare, gastrointestinale, periferica

Modello di Respirazione inefficace

Compromissione degli Scambi gassosi

Risposta disfunzionale allo Svezamento dal ventilatore

Deficit di Sviluppo della persona adulta

Compromessa capacità di Trasferimento

Vagare

Compromissione della Ventilazione spontanea

Liberazione inefficace delle Vie aeree

Nutrizionale/Metabolico

Modello inefficace di Alimentazione del bambino

Allattamento al seno efficace

Allattamento al seno inefficace

Allattamento al seno interrotto

Riduzione della Capacità adattiva intracranica

Compromissione della Deglutizione

Compromissione della Dentizione

Rischio di Infezione

Compromissione dell'Integrità cutanea

Rischio di compromissione dell'Integrità cutanea

Compromissione dell'Integrità tissutale

Ipertermia

Ipotermia

Eccessivo volume di Liquidi

Insufficiente volume di Liquidi

Compromissione della Mucosa orale

Nutrizione inferiore al fabbisogno

Nutrizione superiore al fabbisogno

Protezione inefficace

Rischio di Nutrizione superiore al fabbisogno

Rischio di insufficiente volume di Liquidi

Rischio di squilibrio nel volume di Liquidi

Rischio di squilibrio della Temperatura corporea

Termoregolazione inefficace

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

Nutrizionale/Metabolico

Modello inefficace di Alimentazione del bambino
Allattamento al seno efficace
Allattamento al seno inefficace
Allattamento al seno interrotto
Riduzione della Capacità adattiva intracranica
Compromissione della Deglutizione
Compromissione della Dentizione
Rischio di Infezione
Compromissione dell'Integrità cutanea
Rischio di compromissione dell'Integrità cutanea
Compromissione dell'Integrità tissutale
Ipertermia
Ipotermia
Eccessivo volume di Liquidi
Insufficiente volume di Liquidi
Compromissione della Mucosa orale
Nutrizione inferiore al fabbisogno
Nutrizione superiore al fabbisogno
Protezione inefficace
Rischio di Nutrizione superiore al fabbisogno
Rischio di insufficiente volume di Liquidi
Rischio di squilibrio nel volume di Liquidi
Rischio di squilibrio della Temperatura corporea
Termoregolazione inefficace

Eliminazione

Diarrea
Compromessa Eliminazione urinaria
Incontinenza fecale
Incontinenza urinaria funzionale
Incontinenza urinaria totale
Incontinenza urinaria riflessa
Incontinenza urinaria da sforzo
Incontinenza urinaria da urgenza
Rischio di incontinenza urinaria da urgenza
Ritenzione urinaria
Stipsi
Stipsi percepita
Rischio di Stipsi

Sonno/Riposo

Deprivazione di Sonno
Disturbo del modello di Sonno

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

Cognitivo/Perceptivo

Sindrome da compromessa interpretazione dell'Ambiente
Rischio di Aspirazione
Conflitto decisionale
Confusione mentale acuta
Confusione mentale cronica
Conoscenza insufficiente
Disriflessia
Rischio di Disriflessia autonoma
Dolore acuto
Dolore cronico
Eminegligenza
Compromissione della Memoria
Nausea
Disturbo della Percezione sensoriale (specificare): visivo, ud-
tivo, cinestetico, gustativo, tattile, olfattivo
Disturbo dei Processi di pensiero

Percezione di sé

Afflizione cronica
Ansia
Ansia di morte
Autostima cronicamente scarsa
Scarsa Autostima situazionale
Rischio di scarsa Autostima situazionale
Disturbo dell'Immagine corporea
Fatigue
Disturbo dell'Identità personale
Senso di impotenza
Mancanza di Speranza

Ruolo/Relazione

Rischio di compromesso Attaccamento genitore-bambino
Compromissione della Comunicazione verbale
Lutto anticipato
Lutto disfunzionale
Interruzione dei Processi familiari
Processi familiari disfunzionali: alcolismo
Inefficaci prestazioni di Ruolo
Compromissione delle Interazioni sociali
Isolamento sociale

Conflitto in rapporto al Ruolo genitoriale
Compromissione del Ruolo genitoriale
Rischio di compromissione del Ruolo genitoriale
Rischio di Solitudine

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

Coping/Tolleranza allo stress

Compromissione dell'Adattamento
Automutilazione
Rischio di Automutilazione
Tensione nel ruolo di Caregiver
Rischio di tensione nel ruolo di Caregiver
Coping inefficace
Coping difensivo
Coping inefficace della comunità
Disponibilità a migliorare il Coping della comunità
Coping inadeguato della famiglia
Disponibilità a migliorare il Coping della famiglia
Negazione inefficace
Sindrome Post-traumatica

Rischio di sindrome Post-traumatica
Sindrome da trauma da Stupro
Sindrome da trauma da Stupro: reazione composta
Sindrome da trauma da Stupro: reazione silenziosa
Rischio di Suicidio
Sindrome dello stress da Trasferimento
Rischio di sindrome da stress da Trasloco
Rischio di Violenza rivolta a se stessi
Rischio di Violenza rivolta ad altri

Sessualità/Riproduttivo

Disfunzione sessuale
Inefficace modello di Sessualità

Valori/Convinzioni

Disponibilità a migliorare il Benessere spirituale
Sofferenza spirituale
Rischio di Sofferenza spirituale

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

TIPI DI DIAGNOSI

REALI

DI
RISCHIO

5 TIPI

SINDROME

POSSIBILI

DI
BENESSERE

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

DIAGNOSI REALE

Rappresenta una condizione di cui vi è un riscontro clinico; Descrive un problema effettivo in atto

➤ Il sig. Mario è iperteso: Ha una P/A di 190/110. E' in trattamento farmacologico con Enapren 20 mg/die e deve seguire una dieta iposodica.

☑ L'infermiere accerta che non assume la terapia in modo costante e che anche la dieta spesso non è conforme a quanto prescritto.

D.I GESTIONE INEFFICACE DEL REGIME TERAPEUTICO.....

Modello di percezione della salute/gestione della salute

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

DIAGNOSI di RISCHIO

✕ **Descrive un problema che potrebbe svilupparsi se l'infermiere non intervenisse.**

▪ Si basa sulla presenza **di fattori di rischio** che predispongono la persona a sviluppare un determinato problema.

ES.

▪ Il sig. Mario deve rimanere **allettato** a seguito di una frattura del femore. E' **obeso**, non è in grado di variare il decubito e presenta incontinenza urinaria.



FATTORI DI RISCHIO

DI: RISCHIO DI COMPROMISSIONE INTEGRITA' CUTANEA.....

Modello nutrizionale/metabolico

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

DIAGNOSI POSSIBILE

descrive un problema che si sospetta, già' definito ma che necessita per la convalida di ulteriori dati.

La sig.ra Maria è stata operata di mastectomia destra. E' una bella donna di 40 anni che ha sempre avuto molta cura del suo aspetto. Potrebbe sviluppare una reazione di **negazione del proprio corpo**.

DI: POSSIBILE DISTURBO DELL'IMMAGINE CORPOREA....

Modello percezione di sè

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

DIAGNOSI DI BENESSERE

è un titolo diagnostico che descrive la risposta umana ai livelli di benessere di un individuo, famiglia comunità che ha potenzialmente la possibilità di ottenere una condizione migliore di salute

DI: DISPONIBILITA' A MIGLIORARE IL COPING DELLA FAMIGLIA

Modello coping/tolleranza allo stress

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

DIAGNOSI A SINDROME

includono un insieme di diagnosi infermieristiche reali o di rischio la cui presenza e' predetta a causa di un certo evento o situazione.

(Carpenito)

D.I. rischio di: respirazione inefficace, infezione, trombosi; intolleranza all'attività, lesioni, dolore cronico, disturbo dell'immagine corporea, senso di impotenza, compromissione dell'integrità cutanea, stipsi, compromissione della mobilità.

DI: SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE

Modello: attività/esercizio

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

Per poter formulare correttamente una D.I. occorre individuare :

- ✗ - IL PROBLEMA (titolo della diagnosi)
- ✗ - I FATTORI CONTRIBUENTI E/O EZIOLOGIA (correlato a)
- ✗ - caratteri definenti: (che si manifesta con) dati oggettivi e/o soggettivi (manifestazioni – segni e sintomi)

Come si scrivono

- Le enunciazioni diagnostiche sono costituite da una, due o tre parti:
 - ◆ una parte (*diagnosi a sindrome o di benessere*): titolo diagnostico
 - ◆ due parti (*diagnosi possibili o di rischio*): titolo diagnostico + fattori che contribuiscono a modificare lo stato di salute
 - ◆ tre parti (*diagnosi reali*): titolo diagnostico + fattori contribuenti + segni e sintomi

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

Diagnosi infermieristica reale (formulazione in tre parti)

Titolo

correlato a (c/a)

Fattori correlati
(eziologia)

come evidenziato da
come manifestato da

Caratteristiche definenti
(segni e sintomi)

Esempi:

Incontinenza urinaria da sforzo
c/a debolezza della muscolatura
pelvica, obesità e utero gravido,
che si manifesta con perdita
di gocce di urina quando
tossisce

Diagnosi infermieristica di rischio (formulazione in due parti)

Titolo

correlato a (c/a)

Fattori di rischio

Esempi:

Rischio di tensione nel ruolo
di caregiver c/a dimissione
di un familiare con significativi
bisogni di assistenza sanitaria,
instabilità economica, pause
di riposo insufficienti

Diagnosi infermieristica di benessere (formulazione in una parte)

Titolo

Esempi:

Potenziale miglioramento
del rapporto genitoriale

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

METODO PES (Gordon)

PES		NANDA
P	PROBLEMA=	TITOLO DELLA DIAGNOSI
E	EZIOLOGIA = A causa di =	FATTORE CORRELATO Correlato a (gruppi di fattori) Fisiopatologici: biologici e psichici Maturative: legate all'età Trattamenti: farmaci ed interventi Situazionali: ambientali e personali
S	SINTOMI	CARATTERI DEFINENTI indicatori clinici, segni /sintomi soggettivi/oggettivi espressione della manifestazione del problema c.d. maggiori riscontrati nel 80% - 100% Dei pazienti c.d. minori riscontrati nel 50% - 79% dei casi

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

DIAGNOSI REALE - 3 parti

TITOLO = PROBLEMA

P Compromissione della mobilità *(Lo stato nel quale la persona ha limitazioni del movimento senza essere immobile)*

FATTORI CORRELATI = EZIOLOGIA

E Correlato ad apparecchi esterni (Trattamenti), ad affaticamento, carenza motivazione, dolore (Situazionali)

CARATTERISTICHE DEFINENTI = SEGNI E SINTOMI

S Compromessa capacità di muoversi con un fine all'interno di un ambiente, Limitazione dell'arco dei movimenti articolari (Maggiori)
Restrizione obbligata dei movimenti. Riluttanza a muoversi (Minori)

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

D.I DI RISCHIO – 2 parti

Titolo :...preceduto da RISCHIO di =

P

PROBLEMA RISCHIO DI CADUTA

Fattori correlati:=

E

EZIOLOGIA CORRELATO A INADEGUATA CONSAPEVOLEZZA RISCHI AMBIENTALI

~~**S**~~

ATTENZIONE: NON BISOGNA INSERIRE CARATTERISTICHE DEFINENTI

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

D.I POSSIBILE - 2 parti

Titolo :...preceduto da **POSSIBILE**

P **PROBLEMA** DISTURBO DELL'IMMAGINE CORPOREA

Fattori correlati:=

E **EZIOLOGIA** **ANCORA SCONOSCIUTA (bisogna indagare per validare o meno la
diagnosi)**

~~**S**~~ **ATTENZIONE:** **NON BISOGNA INSERIRE CARATTERISTICHE DEFINENTI**

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

D.I A SINDROME - 1 parte

D.I. A SINDROME - SOLO TITOLO

P

TITOLO = SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE

EZIOLOGIA E FATTORI CORRELATI SONO COMPRESI NEL TITOLO

D.I. DI BENESSERE- 1parte

P

TITOLO = Disponibilità a migliorare il coping della famiglia

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

- ✗ La formulazione deve mostrare con chiarezza la relazione del problema di dipendenza del malato e i fattori che contribuiscono alla sua comparsa.

ESEMPI:

- ✗ “Rischio elevato di lesioni, **correlato al** cambiamento dello stato mentale”
- ✗ “Gestione inefficace del regime terapeutico, **correlata a** complessità del regime terapeutico”
- ✗ “Gestione inefficace del regime terapeutico, **correlata a** conoscenze insufficienti”
- ✗ “Gestione inefficace del regime terapeutico, **correlata a** problemi di memoria”
- ✗ “Gestione inefficace del regime terapeutico, **correlata a** supporto sociale insufficiente”
- ✗ “**Deficit nella cura di sé, correlata a emiplegia secondaria a ictus cerebrale**”
- ✗ “**Deficit nella cura di sé, correlata a scarsa motivazione**”
- ✗ “**Deficit nella cura di sé, correlata a apparecchio gessato**” secondaria a frattura...

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

Evitare formulazioni legalmente sconsigliabili o che esprimono un giudizio es:

- ✗ Paura correlata a frequenti percosse da parte del marito
- ✗ Coping inefficace della famiglia, correlato a continue molestie della suocera nei confronti della nuora
- ✗ Rischio di compromissione del ruolo genitoriale, correlato al basso quoziente intellettivo della madre

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

Esempi di errori quando si scrivono le diagnosi

SBAGLIATO	CORRETTO
Diagnosi Mediche Rischio di infezione correlato a diabete mellito	Rischio di infezione correlato all'aumento dell'attività dei microrganismi con l'iperglicemia
Trattamenti o attrezzature Alimentazione squilibrata correlata alle linee di nutrizione	Compromissione del comfort correlato a irritazione alle linee di nutrizione
Effetti collaterali dei farmaci Rischio di infezione correlato a chemioterapia	Rischio di infezione correlato alla diminuzione dei leucositi secondaria a chemioterapia
Indagini diagnostiche Cateterismo cardiaco	Ansia correlata alla programmazione del cateterismo cardiaco

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

Identificazione del modello

1. Raggruppamento di elementi: attraverso i moduli standardizzati gli elementi sono suddivisi in categorie che vanno oltre i sistemi. Presi separatamente i dati non hanno lo stesso significato.

- **Esempio puzzle:** i pezzi sono i dati dell'accertamento, i pezzi simili formano un raggruppamento, identificare il modello e riunire i pezzi rappresenta la DI. L'infermiere analizza gli elementi attraverso il pensiero critico, per correlarli ad un particolare problema.
- **Problemi nel raggruppamento:** elementi insufficienti, imprecisi ed inconsistenti. Serve esperienza e pratica. Senza elementi adeguati si ha una conclusione prematura, selezionando una DI senza aver analizzato i dati pertinenti. Spesso si verifica per mancanza di familiarità con la DI. Attenzione alle informazioni ritenute marginali, spesso importanti.

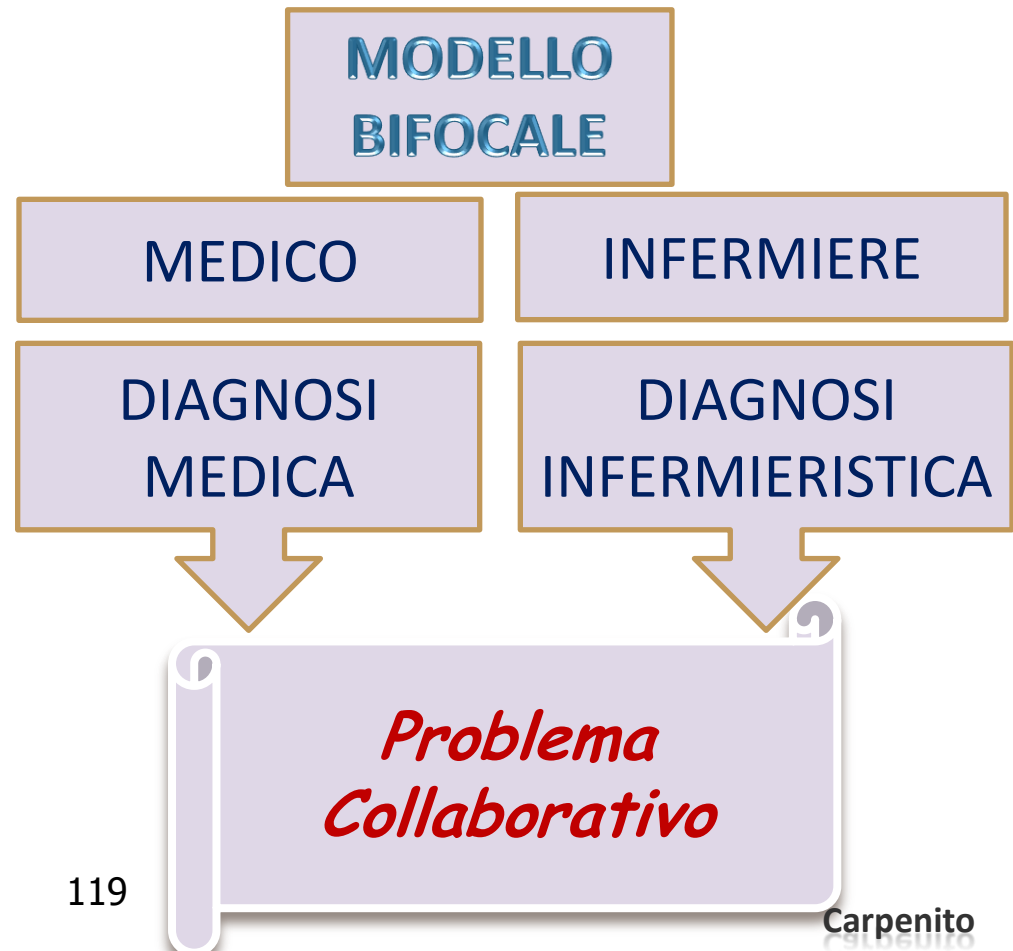
2. Interpretazione dei raggruppamenti: sintetizzare i dati raggruppati; è un'attività intellettuale. Si coglie un'immagine globale e si assegna un significato al raggruppamento osservando i modelli da esso suggerito.

- Problemi nell'interpretazione dei raggruppamenti: analizzarli può essere difficile se sono sbagliati i raggruppamenti o l'interpretazione dei modelli. Se le Diagnosi sono complesse conviene chiedere aiuto

I PROBLEMI COLLABORATIVI

L'attività inf. implica spesso dei rapporti di collaborazione con altre discipline sanitarie. In questo caso non parliamo di diagnosi infermieristiche ma di:

Il modello bifocale della pratica clinica identifica le due situazioni cliniche nelle quali l'infermiere interviene: una in veste di **prescrittore** e l'altra in veste di **collaboratore**. Questo modello non si limita a delineare il campo dell'attività professionale, ma aiuta anche a distinguere l'infermieristica dalle altre discipline dell'ambito sanitario.



DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

PROBLEMA COLLABORATIVO

.....**certe complicanze che gli infermieri controllano per individuarne l'insorgenza o una modifica.....** (Carpenito, 1999)

- ✗ Va precisato che si tratta di "certe" complicanze, poiché non tutte quelle che si possono verificare sono da considerare problemi collaborativi. Se l'infermiere, infatti, è in grado di prevenire la complicanza o di stabilirne il trattamento principale, allora il problema è una diagnosi infermieristica. A titolo di esempio:

L'infermiere può prevenire

Lesioni da pressione

Tromboflebite

Complicanze dell'immobilità

Aspirazione polmonare

L'infermiere può trattare

Lesioni da pressione al primo
o secondo stadio

Problemi di deglutizione

Tosse inefficace

L'infermiere non può prevenire

Convulsioni

Emorragia

Diagnosi infermieristiche

Rischio di compromissione dell'integrità cutanea

Rischio di inefficace perfusione tissutale periferica

Sindrome da immobilizzazione

Rischio di aspirazione

Diagnosi infermieristiche

Compromissione dell'integrità cutanea

Compromissione della deglutizione

Inefficace liberazione delle vie aeree

Problemi collaborativi

Convulsioni

Emorragia

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

PROBLEMA COLLABORATIVO

.....certe complicanze che gli infermieri controllano per individuarne l'insorgenza o una modifica.....

(Carpenito, 1999)

ENUNCIAZIONE DEI PROBLEMI COLLABORATIVI

ES.

- + *Rischio di complicanze per **insufficienza cardiaca***
- + *Rischio di complicanze per **ulcera peptica***
- + *Rischio di complicanze per **asma***

Questa denominazione indica che l'obiettivo infermieristico è la riduzione della gravità di certi fattori o eventi.

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

RESPONSABILITA' dell'INFERMIERE



Diagnosi infermieristiche

- Dei risultati o obiettivi dell'utente
- Degli interventi messi o non messi in atto
- Delle procedure degli interventi



Problemi collaborativi

- Del controllo dello stato di salute con relativi interventi, comunicazione passaggio di informazioni
- Dell'applicazione degli interventi indicati da altri professionisti

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI - CONCLUSIONI

✗ Rapporto tra il bisogno e il problema:

- ❖ **I BISOGNI DELLA PERSONA** sono quelle componenti fisiologiche, ambientali e sociopsicologiche necessarie all'organismo per la sopravvivenza e la salute fisica e mentale.
- ❖ **IL PROBLEMA** viene definito come la discrepanza fra ciò che è e cosa dovrebbe essere.

✗ Rapporto tra il problema e la diagnosi:

- ❖ L'ENUNCIAZIONE DI UN PROBLEMA è solo la prima parte della diagnosi.
- ❖ LA DIAGNOSI contiene sia l'enunciazione del problema che l'enunciazione della loro causa.

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI – CONCLUSIONI

Rapporto tra dati, problema e diagnosi:

- I DATI sono **fatti registrati** senza alcun tentativo di metterli in relazione ad una causa:
 - ❖ **Mucose asciutte, labbra incrostate, cute asciutta, peso 55 Kg, 0,5 Kg meno di ieri, riferisce continue scariche diarroiche, sete, oliguria.**
- UN PROBLEMA deriva dall'**interpretazione dei dati**. Interpretando i dati l'infermiere potrebbe affermare che il problema del paziente è:
 - ❖ **Deficit di volume dei liquidi.**
- LA DIAGNOSI deriva dall'**affermazione del problema** e dal **fattore correlato che lo determina** o contribuisce a determinarlo (causa):
 - ❖ **“Deficit di volume dei liquidi, correlata a diarrea”**

Rapporto tra dati, problema e diagnosi:

Titolo diagnostico , caratteristiche definenti e fattori correlati

- La facoltà intellettuale di costruire relazioni tra dati e quindi raggrupparli, costituisce la base dei sistemi di classificazione e dell'organizzazione sistematica della conoscenza in forma scientifica e disciplinare. L'attività di classificazione quindi, è strettamente connessa all'adozione di un rigoroso linguaggio tecnico-scientifico.
- Ogni fenomeno ritenuto meritevole d'attenzione viene di norma "oggettivizzato", **formalizzato e standardizzato**, nell'ambito di un sistema di classificazione, della disciplina competente. Ciò avviene anche nel campo dell'infermieristica: **l'infermiere associa ciò che ha osservato a una classe predefinita**, a una categoria, sulla base di particolari regole e criteri. Criteri e regole stabilite dalla tassonomia utilizzata. Attualmente la più riconosciuta a livello internazionale è la classificazione dell'Associazione Nordamericana delle Diagnosi Infermieristiche (NANDA), nata nel 1982.

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI - CONCLUSIONI

Rapporto tra dati, problema e diagnosi:

Titolo diagnostico , caratteristiche definenti e fattori correlati

- Secondo questa tassonomia diagnostica infermieristica formulare una diagnosi presuppone il confronto dei gruppi di dati individuati (indicatori diagnostici) con la **DEFINIZIONE** (titolo diagnostico), le **CARATTERISTICHE DEFINENTI** (dati oggettivi e soggettivi) e i **FATTORI CORRELATI** (cause o situazioni contribuenti) di quella diagnosi, per verificare se la diagnosi pensata è quella corretta.
- Nell'analisi dei dati vanno individuati tutti quei problemi di cui non si ha la competenza per trattarli in modo autonomo, ma comunque **IMPORTANTI** per la salute del paziente. L' applicazione dell'infermiere deve essere costante e non superficiale attraverso l'approfondimento e l'esperienza attiva.

I PROBLEMI COLLABORATIVI si riconosceranno attraverso questo atteggiamento.

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

DIAGNOSI NON APPROVATE DA NANDA

Alcuni autori (Carpenito, Alfaro, Gordon) raccomandano l'uso di DI non NANDA.

Fare riferimento ai mandati della sede formativa/lavorativa.

Per evitare caos terminologico sarebbe opportuno avere un unico ente di riferimento (NANDA) e proporre ad essa nuovi titoli (metodo di proposta ed accettazione)

LE FASI DEL METODO CLINICO



MANAGEMENT:

dirigere, guidare.

- ✗ **Dirigere**: coordinare per il raggiungimento di un fine unico, rivolgere, appuntare. Indirizzare, guidare.
- ✗ **Guidare**: accompagnare o condurre lungo un percorso opportuno o verso una meta conveniente. Curare, amministrare.

PIANIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEGLI INTERVENTI

- La pianificazione ha inizio con l'esame delle DIAGNOSI INFERMIERISTICHE. Una diagnosi accurata mette in grado di raggiungere i seguenti punti della fase di pianificazione:
- ❖ LA SCELTA DELLE PRIORITA' ASSISTENZIALI (individuazione delle diagnosi che richiedono un'attenzione più immediata o meno urgente).
- ❖ LA DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI ASSISTENZIALI (previsione dei risultati attesi, cioè degli esiti assistenziali, che possono essere conseguiti in un dato tempo mediante gli interventi infermieristici).
- ❖ LA DEFINIZIONE DELLE INTERVENTI ASSISTENZIALI (specificazione delle prestazioni attraverso i quali si intende raggiungere i risultati attesi).

SCELTA DELLE PRIORITA'

- ✗ Le diagnosi possono essere classificate in: “alta”, “media”, “bassa” priorità:
- ✗ **ALTA PRIORITA'**: sono quelle che rappresentano un **pericolo di vita** e richiedono attenzione immediata (“**Incapacità a sostenere la ventilazione spontanea, correlata a sedazione o analgesia eccessiva**”)
- ✗ **MEDIA PRIORITA'**: sono quelle che non mettono in pericolo immediatamente la vita del paziente, ma che possono avere **conseguenze fisiche ed emotive negative** (“**Sindrome da immobilizzazione, correlata a intervento chirurgico per frattura del femore**”).
- ✗ **BASSA PRIORITA'**: sono quelle che la persona può sostenere con **un'assistenza minima** (“**Gestione inefficace del regime terapeutico, correlata a conoscenze insufficienti**”) Non sempre questo vale per il paziente, è necessario quindi negoziare la priorità con lui.

PIANIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEGLI INTERVENTI

SCELTA DELLE PRIORITA'


- ✗ Quando si deve assegnare la priorità, è necessario ricordare che occorre soddisfare i bisogni di sopravvivenza prima di prendere in considerazione quelli di livello più elevato.
- ✗ Se il paziente è **in condizioni gravi** i bisogni “**superiori**” ricevono una **bassa “priorità”**.
- ✗ Man mano che quelli ad **alta priorità** vengono **soddisfatti**, **quelli a priorità media e bassa salgono di livello**.
- ✗ **Le priorità possono variare giornalmente o addirittura nel corso di poche ore** con il variare delle condizioni del paziente.
- ✗ Nella scelta delle priorità dei problemi **è importante anche tener in considerazione la percezione che il paziente ha** della situazione.

PIANIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEGLI INTERVENTI

❖ LA SCELTA DELLE PRIORITA' ASSISTENZIALI :


FASE DEL PROCESSO DI PROBLEM-SOLVING

**DECISION
MAKING**

✗  consiste a sua volta di tre fasi: identificazione del problema, determinazione delle alternative e scelta dell'alternativa più appropriata.

FASE DEL PROCESSO DI ASSISTENZA

**DECISION
MAKING**

✗  La scelta dell'alternativa in questo caso è rappresentata obbligatoriamente dalla PRIORITA', cioè quando il paziente è in pericolo di vita o quando è a rischio la sua incolumità

SCELTA DELLE PRIORITA' ASSISTENZIALI : **DECISION MAKING**

- Due sono gli obiettivi principali del **decision making**: la diagnosi e la pianificazione terapeutica. Se il percorso diagnostico è corretto, vi sono maggiori probabilità che lo sia anche l'approccio terapeutico.

Sono stati descritti oltre **100 differenti tipi di errore** nel processo di **decision making** e nelle modalità di elaborazione delle informazioni raccolte

- **il processo intuitivo** è acquisito generalmente attraverso esperienze ripetute; è un processo rapido che si realizza a livello del sub-conscio; si passa spesso da una diagnosi intuitiva ad un'altra in modo fisso e ripetitivo **ma con possibilità di generare errori**
- **il processo analitico** si svolge a livello conscio; è più lento nello sviluppo; vengono seguite le leggi della scienza e della logica; ed **è pertanto un processo più razionale**. Può comunque anch'esso essere soggetto a errori quando non si seguono in modo corretto le regole del ragionamento clinico e ciò capita più spesso in caso di sovraccarico di lavoro, affaticamento, deprivazione di sonno o stati emotivi.

PIANIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEGLI INTERVENTI

DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI

N.O.C - RISULTATO DELL'ASSISTENZA.

I NOC (Nursing Outcomes Classification) sono attualmente 330 e rappresentano gli indicatori per misurare i risultati delle cure infermieristiche

- definizione del risultato specifico ad ogni diagnosi. Il risultato si riferisce ad un cambiamento osservabile e misurabile dello stato di salute della persona.
- Gli obiettivi di assistenza sono i LIVELLI DI PERFORMANCE che il paziente deve raggiungere giorno per giorno.

DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI - **Paziente-Infermiere**

ESEMPI DI PERFORMANCE

- ✗ **Performance** : il signor G. deve camminare.
- ✗ **Criterio di performance** : il signor G. deve camminare lungo il corridoio di reparto almeno tre volte al giorno per almeno 15 minuti.
- ✗ **Condizione di performance** : ... con l'aiuto di un deambulatore (o con l'aiuto di stampelle, o con l'assistenza di un familiare, o da solo...)

PIANIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEGLI INTERVENTI

DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI

ESEMPIO

- **Diagnosi:** “Compromissione della mobilità, correlata a riduzione della forza muscolare dell’emisoma sinistro, secondaria a ictus cerebrale”.
- **Obiettivo assistenziale:** il sig. Verdi dimostnerà l’utilizzo di ausili atti ad aumentare la mobilità (deambulatore) almeno 3 volte al giorno nell’arco di una settimana.
- Gli obiettivi per essere realmente operativi devono essere:
 - PIANIFICATI PER il PAZIENTE e CON il PAZIENTE.
- Il paziente deve accettare l’obiettivo assistenziale perché è lui, non il professionista sanitario, a doverlo raggiungere. Se non vi è un accordo, difficilmente il paziente collaborerà.

PIANIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEGLI INTERVENTI

DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI

La **formulazione corretta** di un obiettivo assistenziale richiede dunque:

- ✗ **L'enunciazione del soggetto** che persegue l'obiettivo (il paziente) cioè (CHI?);
- ✗ **L'enunciazione del comportamento** del paziente auspicato (come - osservabile e misurabile) cioè (QUALE AZIONE?);
- ✗ **L'enunciazione del livello di performance** del comportamento del paziente auspicato (livello di applicazione - osservabile e misurabile) cioè (IN QUALI CIRCOSTANZE – QUANTO BENE – CON QUALE IMPEGNO);
- ✗ **L'enunciazione del tempo** previsto per il conseguimento dell'obiettivo (QUANDO)

Es. Il **paziente spiega accuratamente** 3 modifiche della dieta a basso contenuto di sale **dopo** l'educazione sanitaria

PIANIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEGLI INTERVENTI

Punteggio su scala Likert

DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI

NOC livello di ansia

Definizione: gravità delle manifestazioni di apprensione, tensione o inquietudine

Indicatore	grave = 1	Modera to= 2	Sostanzi ale = 3	Leggero = 4	Nessuno = 5	NA
Inquietudine						
Dichiarazione di apprensione						
Dichiarazione di ansia						
...						
Aumento della PA						
Aumento della FC						
...						
Sudorazione						
...						
Disturbi del modello di sonno						

N.I.C.

I NIC (Nursing Intervention Classification) sono attualmente 514 e rappresentano la classificazione di tutti gli interventi infermieristici praticati negli USA e in altri stati

○ scelta delle azioni che permettono al paziente di raggiungere i risultati e di risolvere i fattori correlati (cause).

8.1. Valutare / sorvegliare la funzione cardiaca - Assistenza cardiaca, Assistenza cardiaca: fase acuta, Aritmia, gestione della

8.2. Insegnare / consigliare la persona come vivere, curare o prevenire i problemi cardiaci - Assistenza cardiaca, riabilitazione, Precauzioni cardiache

8.3. Sostenere / accompagnare la persona affetta da problemi cardiaci - Precauzioni cardiache, regolazione Emodinamica

La classificazione degli interventi NIC

(Iowa Intervention Taxonomy Project)

514 interventi (3° ed, 2010), raggruppati in 30 classi, facenti capo a 7 domini infermieristici:

1. Fisiologico di base
2. Fisiologico complesso
3. Comportamentale
4. Sicurezza
5. Famiglia
6. Sistema sanitario
7. Comunità

INTERVENTI NIC INSEGNAMENTO PERIODO PREOPERATORIO

Definizione:

aiutare la persona perché capisca e sia mentalmente preparata ad un intervento chirurgico e al periodo di recupero postoperatorio

Attività (n= 31):

Informare l'assistito su data ora e sede di programmazione dell'intervento chirurgico

Informare la persona e i familiari sulla durata dell'intervento

...

Discutere le possibili misure di controllo del dolore

PIANIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEGLI INTERVENTI

IDENTIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI

**Risponde alla necessità di definire gli interventi assistenziali da
attuare**



**Per interventi si intende ogni trattamento di assistenza diretta che
l'infermiere compie a beneficio della persona, hanno origine**



**Dagli obiettivi
Che derivano dalla
formulazione della**

Diagnosi infermieristica



**Dai trattamenti prescritti dal
medico e relativa gestione
delle complicate**

Problemi collaborativi

PIANIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEGLI INTERVENTI

IDENTIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI

- Il criterio base per effettuare la scelta fra tutti gli interventi che potrebbero raggiungere l'obiettivo è quello di scegliere fra gli stessi quello che soddisfa il

CRITERIO COSTO/BENEFICIO

- (cioè che, a uguale efficacia, comporta l'impiego di minori risorse, oppure, più in generale, che massimizza il rapporto tra efficacia/efficienza ed economicità).

PIANIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEGLI INTERVENTI

IDENTIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI: tipologia

- Gli interventi possono essere:

INDIPENDENTI

comprendono la prescrizione degli interventi infermieristici che gli infermieri sono legalmente qualificati a trattare sulla base della loro formazione (di base e post-base). Sono basati sulle diagnosi infermieristiche e non richiedono una prescrizione medica.

INTERDIPENDENTI

sono gli interventi che vengono effettuati in collaborazione con altri membri dell'equipe sanitaria. Le azioni interdipendenti consentono all'infermiere di coordinare le conoscenze e abilità dei vari operatori a beneficio del paziente. Esse comprendono anche le funzioni che l'infermiere effettuerà nell'applicazione delle prescrizioni mediche (applicazione corretta del trattamento terapeutico e diagnostico).

PIANIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEGLI INTERVENTI

IDENTIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI

- La scelta di un intervento sottende sempre

UNA RAGIONE SCIENTIFICA

che deve essere motivata da un principio scientifico derivante dagli studi di ricerca medici ed infermieristici o di altre scienze in cui viene evidenziato un fatto concreto o **EVIDENZA DA CUI:**

(EVIDENCE BASED NURSING –EVIDENCE BASED MEDICINE)

- **ESEMPIO:** *intervento* - “cambiare la postura ogni 2 ore utilizzando le posizioni laterale, dorsale e prona (questa tranne dopo i pasti).

Giustificazione scientifica: “la principale causa delle lesioni da decubito è la pressione superiore ai 32 mmHg continua esercitata sulle prominenze ossee su di un piano rigido (materasso) perché crea una occlusione dei vasi sanguigni con conseguente ischemia dei tessuti circostanti. Modificando la postura del paziente continuamente, almeno ogni 2 ore, tale pressione diminuisce e previene la compromissione dell’integrità cutanea.

RESPONSABILITA'

- ✖ Questa fase consiste nell'applicare IN ACCORDO con il malato quanto programmato nella fase precedente.
- ✖ La fase di attuazione è orientata all'azione. L'infermiere ha la responsabilità di:
 - ❖ Effettuare gli interventi prestabiliti come infermiere principale
 - ❖ Attribuire alcuni interventi al personale di supporto
 - ❖ Applicare correttamente le prescrizioni mediche.

ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

ATTIVITA' PIU' FREQUENTI PREVISTE DURANTE L'ATTUAZIONE

- Accertare e controllare (ad esempio, registrare i parametri vitali)
- Svolgere interventi terapeutici
- Rendere il paziente più sereno ed aiutarlo nelle attività della vita quotidiana (ad esempio, riposizionarsi)
- Assicurare le funzioni respiratorie
- Assicurare l'alimentazione e l'idratazione
- Assicurare l'eliminazione intestinale ed urinaria
- Assicurare l'igiene e il confort
- Assicurare la funzione cardiocircolatoria
- Assicurare un ambiente terapeutico e sicuro
- Fornire un appoggio emotivo
- Insegnare e consigliare
- Indirizzare il paziente ad istituzioni e servizi appropriati

ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

RESPONSABILITA'

Al momento dell'attuazione degli interventi assistenziali bisogna tener conto di diversi fattori per rispondere alla responsabilità di attuazione:

1. **esaminare gli interventi stabiliti per verificarne l'appropriatezza e i principi scientifici** scelti che sottendono l'atto
2. **fissare i tempi** degli interventi e organizzarli
3. **collaborare con gli altri membri dell'equipe** (uno stesso obiettivo prevede interventi ripartiti fra professionisti o altri operatori diversi: indispensabile un buon coordinamento)
4. **supervisionare l'assistenza e attribuirla** ad altri operatori
5. **prestare assistenza diretta e psicologica**
6. **Coinvolgere il paziente nella cura e istruire** il paziente e i familiari
7. **Organizzare consulenze** da parte di altri operatori sanitari
8. **Documentare gli interventi prestati.**

ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

ABILITA'

- Per attuare questa fase del processo di nursing sono necessarie:
 - **abilità intellettuali** (problem-solving, decision-making, insegnamento)
 - **abilità interpersonali** (uso della comunicazione verbale e non verbale)
 - **abilità tecnico-motorie** (mettere in atto le procedure, eseguire i trattamenti)

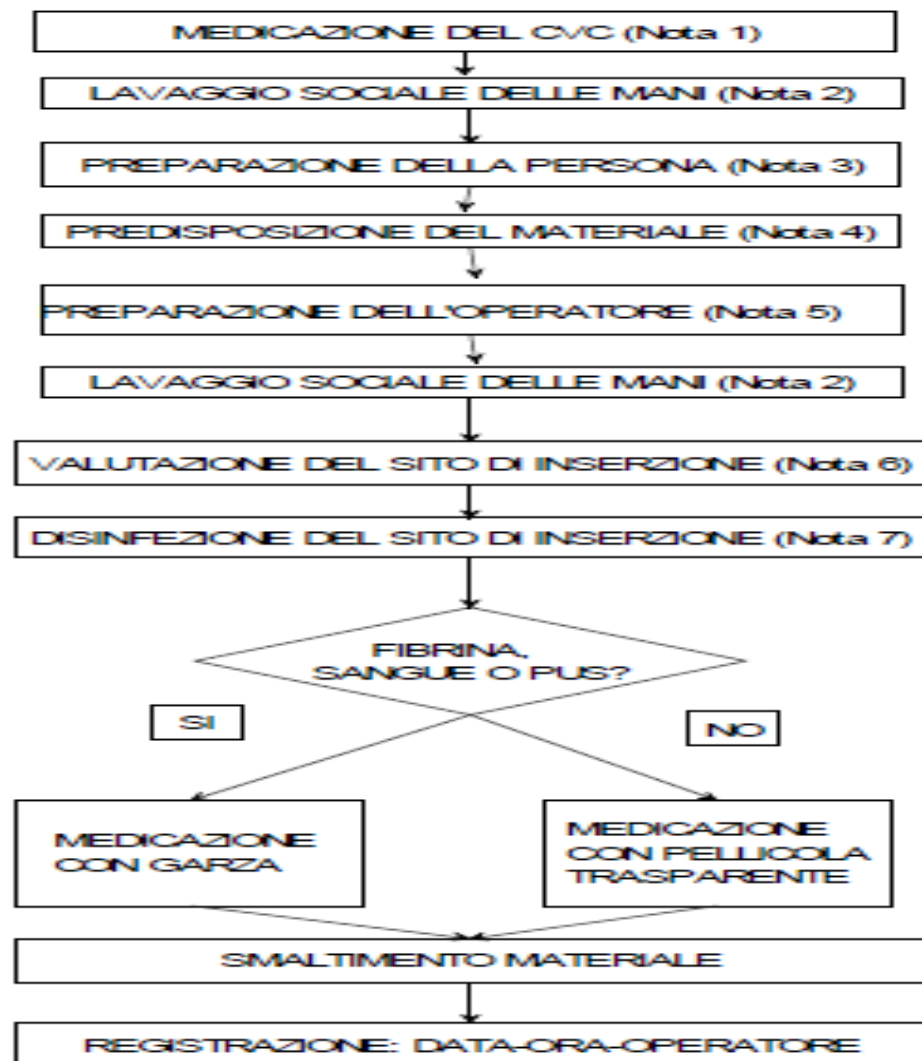
ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

Per attuare gli interventi sono necessarie le procedure e i protocolli:

- ❑ **I protocolli:** sono documenti scritti, concordati, che traducono le conoscenze scientifiche in indicazioni vincolanti i comportamenti professionali da adottare
- ❑ rappresentano uno strumento di orientamento e di integrazione organizzativa, che nasce da una revisione della letteratura e consentono di esplicitare una serie di azioni finalizzate al raggiungimento di un obiettivo
- ❑ sono strumento di indirizzo, ma anche di controllo delle attività professionali
- ❑ consentono di uniformare attività e comportamenti attraverso la standardizzazione del processo in ambito assistenziale, favorendo il conseguimento di un determinato obiettivo

ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

Protocollo Medicazione del CVC (Catetere Venoso Centrale)



ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

Per attuare gli interventi sono necessarie le procedure e i protocolli:

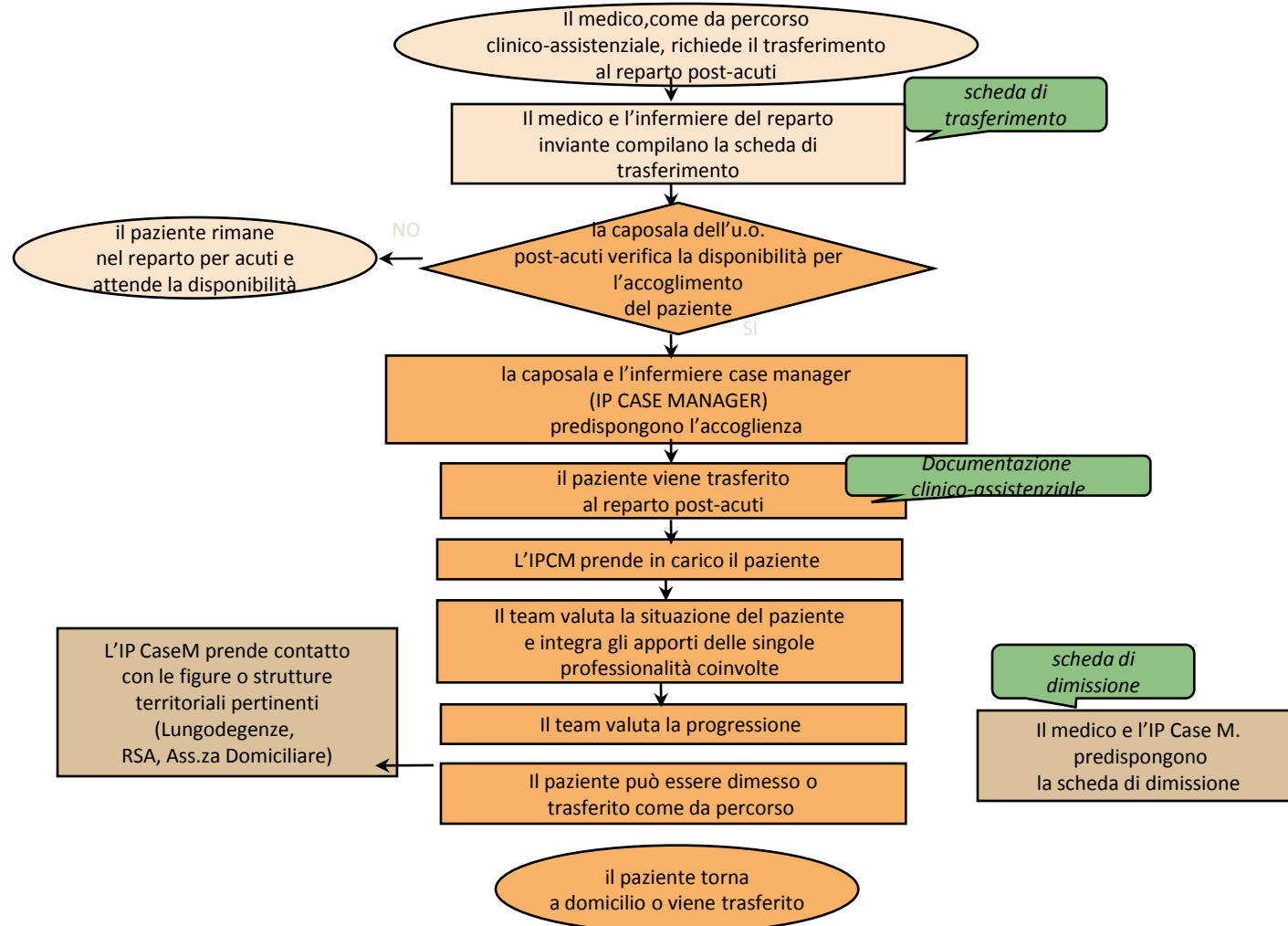
- ✗ **Le procedure:** Documento di livello superiore che tende a descrivere in modo dettagliato quanto pianificato, in termini di responsabilità delegata, e di modalità operativa; finalizzato al corretto svolgimento delle attività.

Definiscono come le attività devono essere attuate, controllate, registrate.

- ✗ **Sono vincolanti ai fini del modo di operare nella struttura che le ha redatte.**

ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

PROCEDURA - PERCORSO DEI PAZIENTI POST-ACUTI



ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

LINEE GUIDA

Per attuare gli interventi sono necessarie le procedure e i protocolli prodotti formulati secondo le linee guida

Linee guida

Indicazioni per medici e personale sanitario per le decisioni da prendere in specifiche circostanze cliniche.

Costituiscono “raccomandazioni” sul comportamento pratico da tenere.

- ❑ Intavenous Nurses Society: “Intravenous Nursing Standard of Practice, “Journal of Infusion nursing”. Vol 20, N° 1(S), Jan-feb 2006
- ❑ National Institute of health and Clinical excellance (National Health service UK). NICE Guideline 2001-2003
- ❑ Central for disease Control and prevention: Guidelines for Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Recommendations and Reports., 2002; 51;1-26

ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

LINEE GUIDA

secondo la classica definizione dell'*American Institute of Medicine*, è un insieme di ***raccomandazioni sviluppate in modo sistematico*** (cioè basate sulle prove scientifiche esistenti **a favore o contro un determinato intervento**) allo scopo di facilitare il decision making di un professionista e dello stesso paziente.

prevedono lo ***sviluppo di specifiche raccomandazioni, 'pesate' in base al concetto di 'forza'***: maggiore è la consistenza delle prove derivate dalla ricerca scientifica (la cosiddetta ***'evidence'***).

ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

Forza delle raccomandazioni

CLASSIFICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI E FORZA DELLE

A

Sta a indicare una **forte raccomandazione** a favore dell'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II.

The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing, Margaret Graham Building, Royal Adelaide Hospital, North Terrace, South Australia 5000.
http://www.joannabriggs.edu.au, ph: (08) 8303 4880, fax: (08) 8303 4881
NHS Centre for Reviews and Dissemination, School of Health Services Research, Harlow Professional, PO Box 77, Fourth Avenue, Harlow CM19 5BQ UK.
AHCPR Publications Clearing House, PO Box 9947, Silver Spring, MD 20907 USA.

Livelli di Evidenza
Tutti gli studi sono stati categorizzati secondo la forza dell'evidenza basata sul seguente sistema di classificazione rivisitato.²

Indirizzo e-mail di riferimento: MOSCI DANIELA
Centri studi EBN - Direzione Servizio Infermieristico e tecnico Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna, Italia
ebn@orsola-malpighi.med.unibo.it

B

Quando si **nutrono dei dubbi** sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua **esecuzione debba essere attentamente considerata**.

- **Livello I** Evidenza ottenuta da una ricerca sistematica di tutti i trials randomizzati con esiti rilevanti.
- **Livello II** Evidenza ottenuta da almeno uno studio randomizzato e controllato ben disegnato.
- **Livello III.1** Evidenza ottenuta da trials pseudo-randomizzati controllati (collocazione alternata o altri metodi).

- **Livello III.2** Evidenza ottenuta da studi comparativi con controlli in cui l'esposizione non randomizzata (studi di coorte), studi caso-controllo o serie di casi con un gruppo controllo.
- **Livello III.3** Evidenza ottenuta da studi comparati con controllo storico, due o più bracci singoli di studi, o una serie di casi senza gruppo di controllo parallelo.
- **Livello IV** Evidenza ottenuta da serie di casi sia post-test o pre-test e post-test.

C

Quando esiste una sostanziale **incertezza** a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento.

D o E

Quando l'esecuzione della procedura **non è raccomandata**.

E

Quando si **sconsiglia fortemente** l'esecuzione della procedura.

ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

LINEE GUIDA

CLASSIFICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI E FORZA DELLE EVIDENCE

Forza delle raccomandazioni	
A	Sta a indicare una forte raccomandazione a favore dell'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II.
B	Quando si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata .
C	Quando esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento.
D o E	Quando l'esecuzione della procedura non è raccomandata .
E	Quando si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura.

VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO

- ✗ La valutazione richiede la capacità di giudizio professionale per identificare le **risposte del paziente al trattamento** e il successo del piano nel **raggiungimento dei risultati previsti** dagli obiettivi **o delle discrepanze** tra risposte realizzate e risultati previsti.
- ✗ Idealmente la valutazione è un **procedimento continuativo** che si attua in occasione di ogni interazione con il paziente.
- ✗ Il piano di assistenza deve essere **valutato frequentemente e attentamente**.
- ✗ Se le **risposte del paziente** sono state **positive**, si tratta allora di aiutare la persona a **mantenere o aumentare l'autonomia funzionale**.
- ✗ Se la **risposta** è invece **negativa** bisogna **cercare le cause** dell'insuccesso nel suo insieme.

VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO

- Se l'indipendenza non è aumentata è necessario giudicare la pertinenza di ciascuna delle fasi del processo con queste domande:
- ❖ **Gli interventi attuati** sono stati compiuti nel rispetto dei principi stabiliti?
- ❖ **Gli interventi pianificati** erano adeguati?
- ❖ **L'obiettivo** era realistico?
- ❖ **I problemi** sono stati identificati correttamente?
- ❖ **I dati** a disposizione erano sufficienti per compiere l'analisi? Erano pertinenti?
- ❖ **Il colloquio per l'anamnesi** è stato tenuto in modo adeguato. **L'esame obiettivo** è stato svolto correttamente?

VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO

- ✗ Se l'obiettivo è stato raggiunto è possibile mantenere l'indipendenza conservando lo stesso obiettivo.
- ✗ L'indipendenza può essere aumentata? Allora sarà necessario definire un nuovo obiettivo.
- ✗ L'obiettivo può essere riproposto, modificato, eliminato o sostituito con un altro.
- ✗ **IL PROCESSO DI ASSISTENZA E' CIRCOLARE**, può essere definito come una ruota che gira costantemente a favore dell'indipendenza individuale.

VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO

ESEMPI CLINICI DI VALUTAZIONE DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Diagnosi infermieristica	Obiettivi della persona assistita	Dati soggettivi raccolti	Dati oggettivi raccolti	Giudizio sull'obiettivo
Compromissione della deglutizione, correlata a deficit neuromuscolare	La persona dimostrerà una tecnica corretta di alimentarsi per massimizzare la deglutizione.	La persona afferma: "Sto seduto su una sedia per mezz'ora dopo aver mangiato".	La persona porta la dentiera quando mangia; esegue esercizi dimostrativi facciali; tiene la testa piegata in avanti quando mangia; controlla la bocca per eventuali residui di cibo rimasti; rimane in posizione Fowler per almeno 30 minuti dopo aver mangiato; rimane posizionato su un fianco quando è a letto.	L'obiettivo è stato completamente raggiunto.
Autostima cronicamente scarsa	La persona interagirà verbalmente in una sessione di terapia di gruppo.	La persona afferma: "Non mi sento a mio agio quando parlo di fronte agli altri".	La persona, osservata durante una sessione di gruppo, guarda il pavimento e non partecipa alla discussione.	L'obiettivo è stato parzialmente raggiunto.
Compromissione della mobilità correlata a deficit neuromuscolare	La persona eseguirà il regime di mobilità prescritto.	La persona afferma: "Non so fare niente da solo. Ho bisogno di molto aiuto dagli altri per ogni cosa".	La persona è incapace di eseguire gli esercizi di movimento indipendentemente; è incapace di trasferirsi dal letto alla sedia a rotelle; è incapace di vestirsi e pettinarsi indipendentemente.	L'obiettivo non è stato raggiunto.

VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO



BIBLIOGRAFIA

R.F. Craven – C.J. Hirnle “*Principi fondamentali dell’assistenza infermieristica*” volume 1° e 2°, 4ª edizione, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2011.

Carpenito L. J., “*Diagnosi Infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*”, 5ª Edizioni, Sorbona, Milano, 2010.