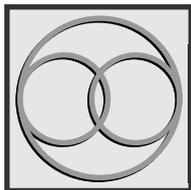


# PREFAZIONE



*L'infermieristica ha come scopo primario l'assistenza alle persone, malate o in salute, nelle attività che contribuiscono alla salute, al recupero dalla malattia o a una morte serena; scopo che gli infermieri perseguono senza aiuto quando hanno la forza necessaria, la volontà e le conoscenze. L'infermieristica aiuta anche le persone ad aderire alla terapia prescritta e a rendersi autonome per la propria assistenza nel più breve tempo possibile (Henderson, 1960).*

Storicamente, gli infermieri hanno rappresentato il nucleo del sistema di assistenza sanitaria (nelle strutture per acuti, per lungodegenti e nelle strutture extraospedaliere), ma la loro immagine continua a essere quella di figure le cui azioni sono soggette alla supervisione medica. Sfortunatamente, ciò che scrisse Donna Diers oltre 15 anni fa oggi è ancora pertinente: "L'assistenza infermieristica è un lavoro molto complesso poiché richiede capacità tecniche, una grande quantità di conoscenze formali, abilità di comunicazione, tempistica, coinvolgimento emotivo e un numero elevato di altre qualità. Quel che è anche coinvolto, ma che rimane invisibile al pubblico, è il complesso processo di pensiero che porta dalla conoscenza alla competenza, dalla decisione all'azione, dall'osservazione alla diagnosi. *Eppure è proprio questo, il processo di assistenza infermieristica, che è centrale per il lavoro degli infermieri, a essere così poco descritto...*" (Diets, 1981, p. 1, corsivo aggiunto).

I medici, con regolarità e manifestamente, spiegano le misure che intendono adottare agli assistiti e alle loro famiglie. Gli infermieri, invece, spesso non riescono a spiegare il loro piano di assistenza agli assistiti e ai familiari.

Questo libro fornisce sia una struttura di riferimento per gli infermieri per prestare un'assistenza infermieristica responsabile, sia linee guida utili a documentare e comunicare l'assistenza erogata. Questi piani di assistenza non dovrebbero essere scritti a mano, ma devono costituire dei documenti di riferimento per gli infermieri per scrivere un testo, anche in forma libera, che specifichi gli interventi necessari all'assistito rispetto a quanto contenuto nel piano standard.

Il contributo di *Piani di assistenza infermieristica e documentazione* è riferito all'assistenza infermieristica autonoma: la gestione delle condizioni dell'assistito che l'infermiere può trattare autonomamente. Il libro assisterà gli studenti nel trasferimento delle loro conoscenze teoriche nella pratica clinica e può essere d'aiuto agli infermieri per erogare assistenza in una varietà di situazioni cliniche a loro non familiari. Questo libro comprende anche i risultati di uno studio di validazione, la cui descrizione (metodo, campione, risultati) è presentata nel paragrafo *Validazione del progetto*, che segue la *Prefazione*. Questi risultati dovrebbero rivelarsi molto utili per gli infermieri, gli studenti di infermieristica e i servizi infermieristici.

Il modello bifocale della pratica clinica è alla base di questo libro e serve per organizzare i piani di assistenza infermieristica dell'Unità II. Il Capitolo 1 descrive e discute il modello bifocale della pratica clinica, che differenzia le diagnosi infermieristiche dagli altri problemi di cui devono occuparsi gli infermieri. In questo capitolo, le diagnosi infermieristiche e i problemi collaborativi sono spiegati e differenziati. È anche sottolineata la relazione tra il tipo di diagnosi, i criteri di risultato e gli interventi infermieristici.

La documentazione efficiente e appropriata dell'assistenza infermieristica è descritta nel Capitolo 2. Sono discussi problemi di ordine giuridico, gli standard e gli organi per la regolamentazione della documentazione infermieristica. Il capitolo illustra un sistema di documentazione dall'ammissione alla dimissione. Per permettere la creazione di documenti professionali sono riportati dei moduli di esempio. Questo capitolo comprende anche una discussione delle diagnosi prioritarie e la gestione dei casi. Gli elementi dei percorsi clinici sono spiegati con esempi. Sono trattate e illustrate le indicazioni utili a creare i percorsi clinici usando i piani di assistenza dell'Unità II.

Il Capitolo 3 fornisce una panoramica degli 11 passi della pianificazione dell'assistenza e guida il lettore attraverso ogni fase di questo processo.

Il Capitolo 4 esplora le problematiche e le risposte umane associate con la malattia e il ricovero in ospedale, e descrive le strategie di coping dell'assistito e della famiglia. È presentata anche la teoria di Bandura dell'autoefficacia e la sua applicazione alla gestione dei regimi terapeutici.

Il Capitolo 5 è dedicato all'assistenza infermieristica correlata agli interventi chirurgici per discutere della risposta umana a questa esperienza. L'accertamento e la preparazione pre-operatoria sono descritti per gli assistiti già ricoverati e per le persone sottoposte a intervento chirurgico lo stesso giorno del ricovero. Sono descritte le responsabilità infermieristiche in sala di risveglio e sono inclusi i moduli relativi alla documentazione.

Il Capitolo 6 è una novità di questa edizione. Il focus di questo capitolo è la *Sofferenza morale* degli infermieri. Questa diagnosi infermieristica NANDA-I ha come soggetto l'infermiere, non l'assistito. Sarà esplorata la sofferenza morale nell'infermiere e saranno presentate le strategie per la relativa prevenzione e gestione. L'autoaccertamento dei *Comportamenti relativi alla salute* aiuterà l'infermiere con una auto-valutazione del proprio stile di vita. Saranno esplorate le decisioni relative alla fine della vita e saranno discusse le strategie per la promozione di tali decisioni nella propria vita personale e con gli assistiti.

L'Unità II presenta i piani di assistenza, evidenza del complesso lavoro degli infermieri nell'assistenza alle persone (e ai loro familiari) che vivono l'esperienza di patologie mediche o che devono essere sottoposte a interventi chirurgici, procedure diagnostiche o terapeutiche.

Il processo di assistenza infermieristico è usato per presentare l'assistenza infermieristica che ci si aspetta sia necessaria per le persone che vivono situazioni analoghe. I piani forniscono all'infermiere una guida per erogare assistenza iniziale o continua. Questa è l'assistenza infermieristica che deve essere fornita quando si presenta una certa situazione clinica: ad esempio, l'insegnamento pre-operatorio per l'assistito in attesa di intervento chirurgico o la gestione della fatigue in persone affette da artrite.

L'infermiere, durante l'erogazione degli interventi, continua ad accertare le condizioni della persona assistita; al piano iniziale potranno quindi essere aggiunte diagnosi addizionali, nuovi obiettivi e nuovi interventi. Anche se è prevedibile quale piano di assistenza deve essere seguito per persone in determinate situazioni cliniche, l'infermiere deve sempre accertare l'assistito per ulteriori risposte.

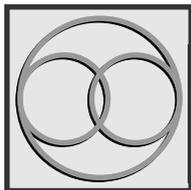
La quinta edizione si caratterizza per le ampie revisioni o aggiunte agli obiettivi/criteri di risultato in ogni piano di assistenza e, quando possibile, per aver incorporato i risultati della ricerca e il lavoro di clinici esperti.

L'intento di questo libro è quello di aiutare l'infermiere a identificare l'assistenza responsabile di cui gli infermieri devono rendere conto. L'integrazione nel libro dei risultati della ricerca più recente migliora ulteriormente l'applicabilità dei piani di assistenza. Usando il Modello bifocale della pratica clinica, il libro definisce chiaramente lo scopo della pratica autonoma.

## BIBLIOGRAFIA

- Diets, D. (1981). *Why write? Why publish?* Image, 13, 991-997
- Henderson, V. e Nite, G. (1960). *Principles and practice of nursing* (5a ed.). New York: Macmillan, p. 14.

# VALIDAZIONE DEL PROGETTO



## Background

Nel 1984, questa autrice ha pubblicato i raggruppamenti diagnostici per le situazioni mediche e chirurgiche (Carpenito, 1984). Questi raggruppamenti diagnostici rappresentavano le diagnosi infermieristiche e i problemi collaborativi descritti in letteratura per la popolazione medica o chirurgica. Dopo essere stati creati, i raggruppamenti diagnostici iniziali sono stati rivisti da clinici la cui pratica era indirizzata alle corrispondenti specifiche popolazioni.

Dal 1984, numerosi altri autori (Holloway, 1988; Doenges, 1991; Sparks, 1993; Ulrich, 1994) hanno generato raggruppamenti simili. Finora nessuno di questi raggruppamenti è stato studiato per determinare la sua frequenza di occorrenza. In altre parole, alcune diagnosi nel raggruppamento diagnostico si presentano più spesso di altre?

## Motivi dello studio

Negli ultimi 10 anni, il sistema sanitario ha subito numerosi cambiamenti. In particolare, gli assistiti sono ricoverati in strutture per acuti per periodi più brevi. Queste popolazioni di assistiti hanno in comune un'acuità elevata. Questa acuità è rappresentata da molteplici diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi. Tuttavia, queste diagnosi hanno tutte la stessa priorità? Quali diagnosi richiedono interventi infermieristici per tutta la durata del ricovero?

I libri dedicati alla pianificazione dell'assistenza riportano un numero variabile di diagnosi per il trattamento in una condizione specifica. Per esempio, nel rivedere un piano di assistenza per una persona con infarto miocardico, questo autore ha trovato il seguente numero di diagnosi: Ulrich, 16; Carpenito, 11; Doenges, 7; Holloway, 4. Quando gli studenti riesaminano questi riferimenti bibliografici, come possono trovare utili elenchi che variano da 4 a 16 diagnosi? Di quante diagnosi possono essere ritenuti responsabili gli infermieri durante la durata del ricovero di un assistito?

L'identificazione delle diagnosi infermieristiche e dei problemi collaborativi che gli infermieri trattano con più frequenza in certe popolazioni possono rivelarsi dati molto utili per:

- Assistere l'infermiere nella presa di decisioni
- Determinare i costi dei servizi infermieristici per gruppi di popolazione
- Pianificare le risorse necessarie
- Descrivere le specifiche responsabilità dell'infermiere

Gli infermieri neolaureati e gli studenti possono utilizzare questi dati per prevedere le cure iniziali che saranno necessarie. Possono beneficiare dei dati registrati da infermieri esperti nella cura degli assistiti di specifiche popolazioni.

Questi dati non dovrebbero sostituire l'accertamento del singolo assistito per valutare se sono presenti ulteriori diagnosi infermieristiche o problemi collaborativi e per stabilire le priorità di trattamento durante la degenza in ospedale. L'accertamento individuale fornirà inoltre informazioni per eliminare o integrare il piano di assistenza trovato in questo libro. I dati della ricerca forniranno il focus iniziale per l'assistenza.

Attraverso l'identificazione delle diagnosi infermieristiche e dei problemi collaborativi trattati più spesso nelle popolazioni di assistiti, le strutture sanitarie sono in grado di determinare i costi infermieristici in funzione dell'assistenza infermieristica prestata. Gli amministratori e i manager infermieristici possono pianificare un uso efficace del personale e delle risorse. La conoscenza dei tipi di diagnosi infermieristiche che richiedono interventi infermieristici assisterà inoltre nell'accoppiare il livello di preparazione degli infermieri con le diagnosi appropriate.

Finora, l'assistenza infermieristica a persone con condizioni mediche o nelle procedure post-chirurgiche è stata centrata sulle prescrizioni mediche. I dati di questo studio potrebbero aiutare i dipartimenti di infermieristica a sottolineare la ragione principale per cui gli assistiti sono ricoverati in reparti per acuti: *per il trattamento di diagnosi infermieristiche e di problemi collaborativi*. Lo scopo di questo studio è di identificare quali diagnosi infermieristiche e quali problemi collaborativi sono trattati con maggior frequenza quando una persona è ricoverata con una condizione specifica.

## Metodo

### Ambienti e soggetti

I risultati presentati si basano su dati raccolti dall'agosto 1993 al marzo 1994. La popolazione in studio consisteva di infermieri con esperienza di oltre 2 anni in strutture di assistenza sanitaria degli Stati Uniti e del Canada. Un campione di convenienza di 18 strutture rappresentava cinque regioni geografiche degli Stati Uniti (Nord-Est, Sud-Est, Nord-Midwest, Nord-Ovest, Sud-ovest) e la provincia dell'Ontario in Canada. La tabella indica le strutture partecipanti. Il numero di risposte attese è stato fissato a 10 per ogni condizione e per ciascuna struttura. La tabella allegata illustra le caratteristiche demografiche dei soggetti.

### Strumenti

Sono stati sviluppati una scala grafica di valutazione e un test-pilota per misurare le frequenze autoriportate degli interventi forniti agli assistiti con una specifica condizione. Ogni problema collaborativo elencato sotto la condizione è stato accompagnato dalla domanda:

*Quando assiste persone che presentano questa condizione, con che frequenza esegue il monitoraggio per questo problema?*

Ogni diagnosi infermieristica elencata sotto la condizione è stata accompagnata dalla domanda:

*Quando assiste persone che presentano questa condizione, con che frequenza eroga interventi per questa diagnosi infermieristica?*

All'intervistato è stato chiesto di tracciare una X su una scala di frequenza da 0% a 100%. Il punteggio è stato tabulato sommando i punteggi per ogni domanda e calcolando la mediana.

## STRUTTURE PARTECIPANTI

<b>Allen Memorial Hospital</b> 1825 Logan Avenue Waterloo, Iowa 50703	<b>Presbyterian Hospital</b> 200 Hawthorne Lane Charlotte, NC 28233-3549	<b>University of Minnesota Hospital</b> 420 Delaware Street, S.E. Minneapolis, MN 55455
<b>Carondelet St. Joseph's Hospital</b> 350 N. Wilmont Road Tucson, AZ 85711-2678	<b>St. Francis Medical Center</b> 211 St. Francis Drive Cape Girardeau, MO 63701	<b>University of New Mexico Hospital</b> 2211 Lomas Blvd., N.E. Albuquerque, NM 87131
<b>The Evanston Hospital</b> Burch Building 2650 Ridge Avenue Evanston, IL 60201	<b>St. Joseph Hospital</b> 601 N. 30th Street Omaha, NE 68131	<b>Victoria Hospital</b> 800 Commissioners Road, East London, Canada N6A 4G5
<b>Huron Valley Hospital</b> 1601 East Commerce Road Milford, MI 48382-9900	<b>St. Peter Community Hospital</b> 2475 Broadway Helena, MT 39601	<b>Wills Eye Hospital</b> 900 Walnut Street Philadelphia, PA 19107
<b>Lehigh Valley Hospital</b> Cedar Crest & 1-78 Allentown, PA 18105-1556	<b>San Bernardino County Medical Center</b> 780 E. Gilbert Street San Bernardino, CA 92415-0935	<b>Wilmer Ophthalmological Institute</b> Johns Hopkins Hospital Baltimore, MD 21287-9054
<b>Memorial Medical Center of Jacksonville</b> 3625 University Blvd., South Jacksonville, FL 32216	<b>Sioux Valley Hospital</b> 1100 South Euclid Avenue Sioux Falls, SD 57117-5039	<b>Winthrop-University Hospital</b> 259 First Street Mineola, NY 11501

### Raccolta dati

Prima della raccolta dei dati, il ricercatore ha stabilito i requisiti per la ricerca nella struttura sanitaria. Questi requisiti variano da una revisione da parte del comitato per la ricerca del dipartimento infermieristico a una revisione da parte della commissione istituzionale di revisione.

Dopo il completamento del processo di approvazione, a ogni reparto infermieristico è stato inviato un elenco delle 72 condizioni da studiare ed è stato chiesto di selezionare solo le condizioni trattate con regolarità dalla loro struttura. Solo i questionari relativi alle condizioni selezionate sono stati inviati alle rispettive strutture. Le strutture sanitarie arruolate per lo studio hanno ricevuto un plico per le condizioni selezionate, contenente 10 questionari per cia-

scuna condizione. I questionari compilati sono stati restituiti dall'infermiere rispondente in una busta e la busta è stata sigillata dall'incaricato per la ricerca. Agli infermieri intervistati è stata data l'opzione di sigillare personalmente la busta contenente il loro questionario prima del suo inserimento nella busta più grande per la restituzione.

Dal momento che due delle strutture arruolate per lo studio non trattavano condizioni oftalmiche, i questionari relativi a queste condizioni sono stati inviati a due strutture sanitarie specializzate per queste condizioni.

## Risultati

Delle 19 strutture sanitarie che hanno accettato di partecipare, 18 (comprese le due strutture oftalmiche) hanno restituito i questionari. Il tasso di ritorno è stato di 160 questionari per ciascuna condizione. La percentuale di ritorno è risultata variabile dal 29% al 70%, con il tasso medio di ritorno del 52,5%.

Ogni condizione prevede una serie di diagnosi infermieristiche e di problemi collaborativi con il loro punteggio di frequenza. Le diagnosi sono state raggruppate in tre gamme di frequenza: dal 75% al 100%, frequenti; dal 50% al 74%, soventi; < 50%, infrequenti. Ciascuna delle 72 condizioni incluse nello studio e in questo libro ha le diagnosi infermieristiche e i problemi collaborativi raggruppati secondo i risultati dello studio.

## Sviluppi futuri

Questo studio rappresenta il primo passo nella validazione delle attività infermieristiche che si prevede siano necessarie per un assistito ricoverato in ospedale per una condizione medica o chirurgica. È importante validare quali diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi richiedono interventi infermieristici. Il lavoro futuro comprenderà l'identificazione degli interventi infermieristici che sono prioritari nel trattamento di una diagnosi, la chiarificazione di risultati realistici correlati alla durata del ricovero e la valutazione e la revisione da parte delle associazioni infermieristiche nazionali.

## DEMOGRAFIA DEI PARTECIPANTI

Questionari	
Inviati	9920
Ritornati	5299
% di ritorno	53,4%
<i>Età media</i>	39 anni
<i>Media degli anni di lavoro nell'infermieristica</i>	15
Livello di preparazione infermieristica	
Diploma	22,7%
Laurea biennale	25,7%
Laurea quadriennale	36,5%
Master	12,4%
Dottorato	1,5%
Nessuna indicazione	1,2%

## BIBLIOGRAFIA

- Carpenito, L.J. (1984). *Handbook of nursing diagnosis*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Carpenito, L.J. (1991). *Nursing care plans and documentation*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Donges, M. e Moorhouse, M. (1991). *Nurse's pocket guide: Nursing diagnoses with interventions*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Holloway, N.M. (1988). *Medical surgical care plans*. Springhouse, PA: Springhouse.
- Sparks, S.M. e Taylor, C.M. (1993). *Nursing diagnoses reference manual*. Springhouse, PA: Springhouse.
- Ulrich, S., Canale, S. e Wendell, S. (1994). *Medical-surgical nursing: Care planning guide*. Philadelphia: W. B. Saunders.

## Ringraziamenti

Questo progetto non avrebbe potuto essere completato senza il sostegno degli infermieri che hanno coordinato la raccolta dati all'interno delle loro sedi:

**Tammy Spier, R.N., M.S.N.**  
Department of Nursing Services  
Department of Staff Development  
Allen Memorial Hospital  
Waterloo, Iowa

**Donna Dickinson, R.N., M.S.**  
**Carol Mangold, R.N., M.S.N.**  
Carondelet St. Joseph's Hospital  
Tucson, Arizona

Kathy Killman, R.N., M.S.N.  
Liz Nelson, R.N., M.S.N.  
The Evanston Hospital  
Evanston, Illinois

**Margaret Price, R.N., M.S.N.**  
**Lynn Bobel Turbin, R.N., M.S.N.**  
**Nancy DiJanni, R.N., M.S.N.**  
Huron Valley Hospital  
Milford, Michigan

**Pat Vaccaro, R.N., B.S.N., C.C.R.N.**  
**Deborah Stroh, R.N.**  
**Mary Jean Potylycki, R.N.**  
**Carolyn Peters, R.N.**  
**Sue DeSanto, R.N.**  
**Christine Niznik, R.N.**  
**Caroi Saxman, R.N.**  
**Kelly Brown, R.N.**  
**Judy Bailey, R.N.**  
**Nancy Root, RN.**  
**Cheryl Bitting, R.N.**  
**Carol Sorrentino, RN.**  
Lehigh Valley Hospital  
Allentown, Pennsylvania

**Loretta Baldwin, R.N., B.S.N.**  
**Karin Prussak, R.N., M.S.N., C.C.R.N.**  
**Bess Cullen, R.N.**  
**Debra Goetz, R.N., M.S.N.**  
**Susan Goucher, R.N.**  
**Sandra Brackett, R.N., B.S.N.**  
**Barbara Johnston, R.N., C.C.R.N.**  
**Lisa Lauderdale, R.N.**  
**Randy Shoemaker, R.N., C.C.R.N.**  
Memorial Medical Center of Jacksonville  
Jacksonville, Florida

**Karen Stiefel, R.N., Ph.D.**  
**Jerre Jones, R.N., M.S.N., C.S.**  
**Lise Heidenreich, R.N., M.S.N., F.N.P., C.S.**  
**Christiana Redwood-Sawyer, RN., M.S.N.**  
Presbyterian Hospital  
Charlotte, North Carolina

**Pauline Elliott, R.N., B.S.N.**  
St. Francis Medical Center  
Cape Girardeau, Missouri

**Dena Belfiore, R.N., Ph.D.**  
**Dianne Hayko, M.S.R.N., C.N.S.**  
St. Joseph Hospital  
Omaha, Nebraska

**Jennie Nemec, R.N., M.S.N.**  
St. Peter Community Hospital  
Helena, Montana

**Eleanor Borkowski, R.N.**  
**Tina Buchanan, R.N.**  
**Jill Posadas, R.N.**  
**Deanna Stover, R.N.**  
**Margie Bracken, RN.**  
**Barbara Upton, R.N.**  
**Kathleen Powers, R.N.**  
**Jeanie Goodwin, R.N.**  
San Bernardino County Medical Center  
San Bernardino, California

**Kathy Karpiuk, R.N., M.N.E.**  
**Monica Mauer, R.N.**  
**Susan Fey, R.N.**  
**Joan Reisdorfer, R.N.**  
**Cheryl Wilson, Health Unit Coordinator**  
**Gail Sundet, R.N.**  
**Pat Halverson, R.N.**  
**Ellie Baker, R.N.**  
**Jackie Kisecker, R.N.**  
**Cheri Dore-Paulson, R.N.**  
**Kay Gartner, R.N.**  
**Vicki Tigner, R.N.**  
**Jan Burnette, R.N.**  
**Maggie Scherff, R.N.**  
Sioux Valley Hospital  
Sioux Falls, South Dakota

**Keith Hampton, R.N., M.S.N.**  
University of Minnesota Hospital  
Minneapolis, Minnesota

**Eva Adler, RN., M.S.N.**  
**Jean Giddens, R.N., M.S.N., C.S.**  
**Dawn Roseberry, R.N., B.S.N.**  
University of New Mexico Hospital  
Albuquerque, New Mexico

**Fran Tolley, R.N., B.S.N.**  
**Vicky Navarro, R.N., M.A.S.**  
Wilmer Ophthalmological Institute  
Johns Hopkins Hospital  
Baltimore, Maryland

**Heather Boyd-Monk, R.N., M.S.N.**  
Wills Eye Hospital  
Philadelphia, Pennsylvania

**Joan Crosley, R.N., Ph.D.**  
Winthrop-University Hospital  
Mineola, New York

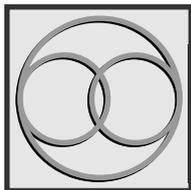
**Carol Wong, R.N., M.Sc.N.**  
**Cheryl Simpson, R.N.**  
Victoria Hospital  
London, Canada

Il mio grazie si estende a tutti gli infermieri che hanno dedicato parte del loro tempo a compilare i questionari.

Un grazie sincero alla dottoressa Ginny Arcangelo, direttore del programma *Family Nurse Practitioner* alla Thomas Jefferson University di Philadelphia, per la consulenza metodologica sul progetto.

Uno studio di queste dimensioni ha richiesto la realizzazione, duplicazione e distribuzione di oltre 9000 questionari. Sono stati caricati oltre 100 000 dati che registrano le informazioni reperite.

# PRESENTAZIONE DELL'EDIZIONE ITALIANA



La pianificazione dell'assistenza infermieristica rappresenta il collegamento tra il valutare e il fare. Pianificare l'assistenza infermieristica comporta infatti la decisione degli interventi che dovranno essere attuati, per cercare di raggiungere gli obiettivi di salute definiti in ragione dei bisogni di assistenza infermieristica che sono stati identificati, e la descrizione delle priorità, dei tempi e delle necessarie risorse umane e materiali.

Concordando con la premessa, l'assenza della pianificazione darebbe quindi luogo a una delle seguenti conseguenze: il fare non collegato al valutare, il valutare non seguito dal fare. Conseguenze che renderebbero molto bassa la probabilità che la persona assistita raggiunga gli auspicati obiettivi di salute.

In modo eloquente la pianificazione dell'assistenza infermieristica comporta la predisposizione di piani di assistenza infermieristica, di strumenti, cioè, nei quali sia evidente il programma delle attività assistenziali coordinate, relative a una persona assistita.

È proprio dalla rilevanza della pianificazione dell'assistenza infermieristica che derivano l'utilità e l'importanza del testo *Piani di assistenza infermieristica e documentazione*. Nel volume vengono infatti presentati 77 piani di assistenza infermieristica relativi a persone in diverse situazioni cliniche, sottoposte a interventi chirurgici, a indagini diagnostiche oppure a procedure terapeutiche. Ogni piano di assistenza infermieristica propone le diagnosi infermieristiche di maggior riscontro e priorità facendo riferimento all'edizione 2009-2011 della tassonomia di NANDA-I. Per ciascuna diagnosi infermieristica sono quindi riportati i relativi risultati e interventi infermieristici tratti rispettivamente dalle versioni 2008 della tassonomia NOC e dalla tassonomia NIC e l'appropriatezza degli interventi proposti viene motivata in ragione dei contributi derivanti dalla ricerca più recente. A fronte delle molteplici forme di documentazione esistenti nelle realtà sanitarie, per ogni piano di assistenza infermieristica vengono altresì fornite le indicazioni utili rispetto a cosa documentare e comunicare dell'assistenza infermieristica fornita.

La lettura dell'opera *Piani di assistenza infermieristica e documentazione* offre, oltre ai piani di assistenza infermieristica in senso stretto, importanti per i motivi appena esposti e per quelli messi in evidenza dall'Autrice nella sua prefazione e validi anche nella realtà italiana, anche altri contributi relativi all'utilizzo dei piani stessi meritori di considerazione nel panorama infermieristico nazionale.

Il primo contributo si riferisce al concetto di *standard* che nel libro viene inteso non come modalità indifferenziata di fornire assistenza infermieristica, ovvero come esecuzione di interventi assistenziali che non tengono conto dell'unicità della persona che si assiste, ma come punto di riferimento di qualità dal quale partire per fornire assistenza infermieristica appropriata. Il tal senso il piano di assistenza standard raccoglie gli interventi assistenziali che devono essere garantiti, ad esempio in una determinata unità operativa, al fine di diminuire la variabilità dei comportamenti e di migliorare l'efficacia della gestione delle situazioni cliniche.

Il secondo contributo si riferisce al concetto di *strategia*. Definire un programma di attività assistenziali finalizzato a obiettivi normalmente perseguiti può non richiedere la necessità di una scritturazione in quanto la situazione può essere gestita con le tipiche attività svolte quotidianamente. Ma se si vuole gestire specifici problemi di salute di una persona, diventa necessario fare uso di metodologie di pianificazione tramite le quali vengono indicate le strategie assistenziali, cioè il complesso di interventi scelto specificatamente per la situazione e dalla cui realizzazione ci si attende il raggiungimento dei risultati definiti con l'assistito. In tal senso può non servire un piano di assistenza infermieristica per indicare che la persona che deve essere sottoposta a intervento chirurgico deve eseguire la doccia e osservare il digiuno preoperatori ma è necessario, ad esempio, formulare un piano di assistenza infermieristica per insegnare come utilizzare gli ausili per favorire il movimento a una persona con scarsa autoefficacia.

Il terzo contributo si riferisce al concetto di *presa in carico*. La stesura di un piano di assistenza infermieristica implica infatti l'attivazione di un processo di attenzione rivolto alla persona assistita. Inoltre, se l'adozione di metodologie di pianificazione può non essere prevista in situazioni di ricoveri di breve durata, essa diventa necessaria quando la complessità assistenziale richiede tempi prolungati di assistenza. In tal senso il piano, organizzando l'assistenza e prevenendo le decisioni del "momento", costituisce il percorso che la persona farà ga-

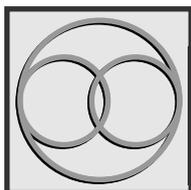
rantendo la continuità degli interventi da parte dell'intero gruppo infermieristico e degli operatori di supporto.

Infine poiché l'attività di pianificazione si realizza con l'identificazione dei risultati e la specificazione del percorso clinico che si ritiene adeguato per il loro raggiungimento, i piani di assistenza infermieristica proposti nel volume possono altresì essere utili per implementare altre forme di pianificazione interdisciplinare come i *clinical pathway*.

A continuare l'impegno dell'Editore nella proposta di opere per favorire l'applicazione, la ricerca e la didattica nel contesto infermieristico italiano, anche la traduzione di questo testo è stata condotta con l'adozione di una *terminologia ufficiale* tendente a costituire un linguaggio uniforme e coerente ed è stata affiancata a un consistente lavoro di adattamento alla realtà nazionale.

Riprendendo la menzione iniziale che la pianificazione dell'assistenza infermieristica rappresenta il collegamento tra la diagnosi e gli interventi da mettere in atto, il libro trova i propri presupposti nella quinta edizione del volume *Diagnosi infermieristiche – Applicazioni alla pratica clinica*, della stessa Autrice, che presenta e approfondisce il modello bifocale, le diagnosi infermieristiche e i problemi collaborativi indicando che l'intento dei piani è di offrire all'infermiere lo strumento per definire l'assistenza di cui è responsabile al fine di fornire il suo contributo specifico, concreto e rilevante alle persone per risolvere o adattarsi ai problemi di salute. Per dirla con le parole di Peter Drucker «Senza piani ci sono promesse e speranze ma non impegni chiari e condivisi».

# NOTA TERMINOLOGICA



Già da qualche anno la CEA, Casa Editrice Ambrosiana, sta operando, attraverso diverse iniziative che coinvolgono professionisti e studiosi del settore, per dare il suo contributo sia alla definizione, in termini di contenuti e metodi, del campo di attività dell'infermiere (fenomeni che affronta, interventi che eroga, risultati a cui mira) sia alla standardizzazione del linguaggio infermieristico.

Il primo passo formale, in questo senso, è stato compiuto con la pubblicazione, avvenuta nel 2004, della traduzione ufficiale del testo di NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), *Diagnosi infermieristiche, definizione e classificazione 2003-2004*. A somiglianza di quanto realizzato in altri paesi per altre lingue, a fianco del traduttore principale è stato costituito un gruppo di lavoro, formato da numerosi professionisti del settore infermieristico, di varia provenienza, che si è occupato di concordare la terminologia con la quale scrivere in italiano i titoli e le definizioni delle diagnosi. Il repertorio che il gruppo ha prodotto è stato utilizzato da CEA per uniformare il linguaggio infermieristico dell'ambito diagnostico per tutte le proprie pubblicazioni ed è mantenuto aggiornato attraverso la pubblicazione, che ora avviene ogni tre anni, delle nuove edizioni del testo ufficiale di NANDA-I.

Il successo ottenuto ha stimolato la definizione di un progetto analogo, finalizzato alla realizzazione di una traduzione condivisa dei titoli della versione 2000 delle classificazioni NOC (*Nursing Outcomes Classification*) e NIC (*Nursing Interventions Classification*). Questo secondo progetto è poi proseguito con la traduzione del testo ufficiale di S. Moorhead, M. Johnson e M. Maas, *Classificazione NOC dei Risultati Infermieristici*, e del testo ufficiale di J. McCloskey Dochterman e G.M. Bulechek, *Classificazione NIC degli Interventi Infermieristici*. Questa ha permesso di aggiornare alla versione 2004 delle classificazioni la terminologia precedentemente utilizzata per la traduzione dei titoli dei risultati NOC e degli interventi NIC e di far condividere al gruppo di lavoro anche la traduzione delle relative definizioni. Anche in questo caso, il gruppo di esperti è riuscito ad arrivare a una terminologia comune e il repertorio messo a punto è stato utilizzato per uniformare il linguaggio infermieristico per quanto riguarda la definizione degli obiettivi della persona assistita e i relativi interventi infermieristici.

Tutti i volumi relativi all'ambito infermieristico pubblicati da CEA utilizzano questa *terminologia ufficiale*, in continua evoluzione, al fine di costituire un catalogo infermieristico dal linguaggio coerente, che favorisca anche la ricerca e il confronto in seno alla comunità professionale del nostro paese.

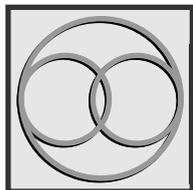
La conformità dei diversi volumi alla terminologia illustrata viene evidenziata attraverso l'inserimento dei loghi di "Traduzione verificata NANDA" e "Traduzione verificata NOC e NIC"; i nomi di coloro che hanno partecipato alla validazione della terminologia sono riportati sui volumi ufficiali relativi alle tassonomie NANDA-I, NOC e NIC.





**Introduzione  
alla pianificazione  
dell'assistenza**

# IL MODELLO BIFOCALE DELL'ATTIVITÀ CLINICA



Le attività di classificazione della NANDA International (NANDA-I) sono state utili per ottenere un corpo unico di conoscenze per l'infermieristica clinica. Infatti, questo sistema di classificazione:

- fornisce un linguaggio omogeneo
- stimola gli infermieri ad acquisire nuove conoscenze
- offre un sistema per l'informatizzazione e la valorizzazione economica dell'assistenza
- fornisce una cornice teorica per l'insegnamento
- permette l'acquisizione metodica di informazioni per la ricerca e per la qualità dell'assistenza
- offre una struttura per la presentazione delle conoscenze infermieristiche in letteratura
- chiarisce agli infermieri e alla società che l'infermieristica è un'arte e una scienza
- stabilisce degli standard di cui gli infermieri sono responsabili

A pagina 858 è presente l'indice delle diagnosi infermieristiche.

Per quanto le diagnosi infermieristiche abbiano influenzato in modo positivo la professione infermieristica, la loro integrazione nell'attività professionale si è dimostrata problematica. Sebbene, infatti, in letteratura i riferimenti alla diagnosi infermieristica siano aumentati di cento volte dal primo incontro del 1973 del National Group for the Classification of Nursing Diagnosis (divenuto poi NANDA-I), gli infermieri non hanno facilmente trovato delle applicazioni efficienti e rappresentative.

Gli infermieri, ad esempio, sono stati orientati a usare le diagnosi infermieristiche esclusivamente per descrivere il loro ambito clinico. Inoltre, gli infermieri che sostengono fortemente le diagnosi infermieristiche rimangono spesso frustrati quando tentano di trovare una diagnosi infermieristica per ogni aspetto collegato all'attività assistenziale. Alcune delle criticità che derivano dal tentativo di etichettare come diagnosi infermieristiche tutte le situazioni in cui gli infermieri intervengono sono le seguenti.

## 1. Usare le diagnosi infermieristiche senza validazione.

Quando le diagnosi infermieristiche sono gli unici titoli di cui disporre per nominare i problemi assistenziali da gestire, l'infermiere è incoraggiato a "cambiare i dati per adattarli al titolo". Ad esempio, la diagnosi *Nutrizione alterata* tende a essere utilizzata per tutti gli assistiti che non possono assumere alcun alimento, né solido né liquido, per bocca. *Rischio di lesione*, per fare un altro esempio, è spesso una diagnosi adottabile per tutti gli usi, perché tutte le situazioni sono potenzialmente suscettibili di determinare una lesione (es. un'emorragia) possono essere comprese sotto la citata etichetta.

## 2. Dare un nuovo nome alle diagnosi mediche.

Una componente rilevante del lavoro dell'infermiere è rappresentata dal monitoraggio dell'insorgenza e dell'andamento delle alterazioni fisiologiche, al fine di assistere la persona in modo appropriato, con interventi autonomi o prescritti dal medico. La morbilità e la mortalità sono infatti ridotte se è garantita un'assistenza infermieristica competente.

Se le diagnosi infermieristiche dovessero descrivere tutte le situazioni in cui gli infermieri intervengono, se ne dovrebbero sviluppare una moltitudine, non fosse altro che per descrivere tutte le situazioni identificate dalla *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati* (ICD-10). La Tabella 1.1 presenta alcuni esempi di utilizzo erroneo delle diagnosi infermieristiche in cui vengono rinominate delle diagnosi mediche.

L'analisi della sostituzione terminologica riportata nella Tabella 1.1 solleva diversi interrogativi:

- le diagnosi infermieristiche dovrebbero descrivere tutte le situazioni in cui gli infermieri intervengono?
- se una situazione non è definita diagnosi infermieristica, è meno importante o meno scientifica?
- a cosa serve rinominare come diagnosi infermieristiche delle diagnosi mediche?
- usando gli esempi della Tabella 1.1 si migliora la comunicazione e si chiarisce cos'è l'assistenza infermieristica?



**TABELLA 1.1 Errori diagnostici: ridefinizione di diagnosi mediche con la terminologia delle diagnosi infermieristiche**

Diagnosi mediche	Diagnosi infermieristiche
infarto miocardico	riduzione della gittata cardiaca
shock	riduzione della gittata cardiaca
distress respiratorio dell'adulto	compromissione degli scambi gassosi
broncopneumopatia cronica ostruttiva	compromissione degli scambi gassosi
asma	compromissione degli scambi gassosi
malattia di alzheimer	alterata perfusione tissutale cerebrale
ipertensione endocranica	alterata perfusione tissutale cerebrale
distacco di retina	alterazione sensoriale-percettiva (visiva)
ustioni termiche	compromissione dell'integrità tissutale
incisioni, lacerazioni	compromissione dell'integrità cutanea
emorragia	deficit di volume dei liquidi
scompenso cardiaco congestizio	eccesso di volume dei liquidi

3. *Omettere situazioni problematiche nella documentazione.*

Se un sistema di documentazione clinica richiede l'uso esclusivo di etichette diagnostiche e se l'infermiere non "cambia i dati per adattarli a un'etichetta" e non "rinomina le diagnosi mediche", l'infermiere stesso non dispone di una terminologia per descrivere una componente critica dell'attività che svolge. La mancata possibilità di descrivere queste situazioni può seriamente compromettere gli sforzi che si stanno compiendo per affermare la necessità della presenza di infermieri in tutti gli ambiti sanitari (Carpenito, 1983).

## Il modello bifocale dell'attività clinica

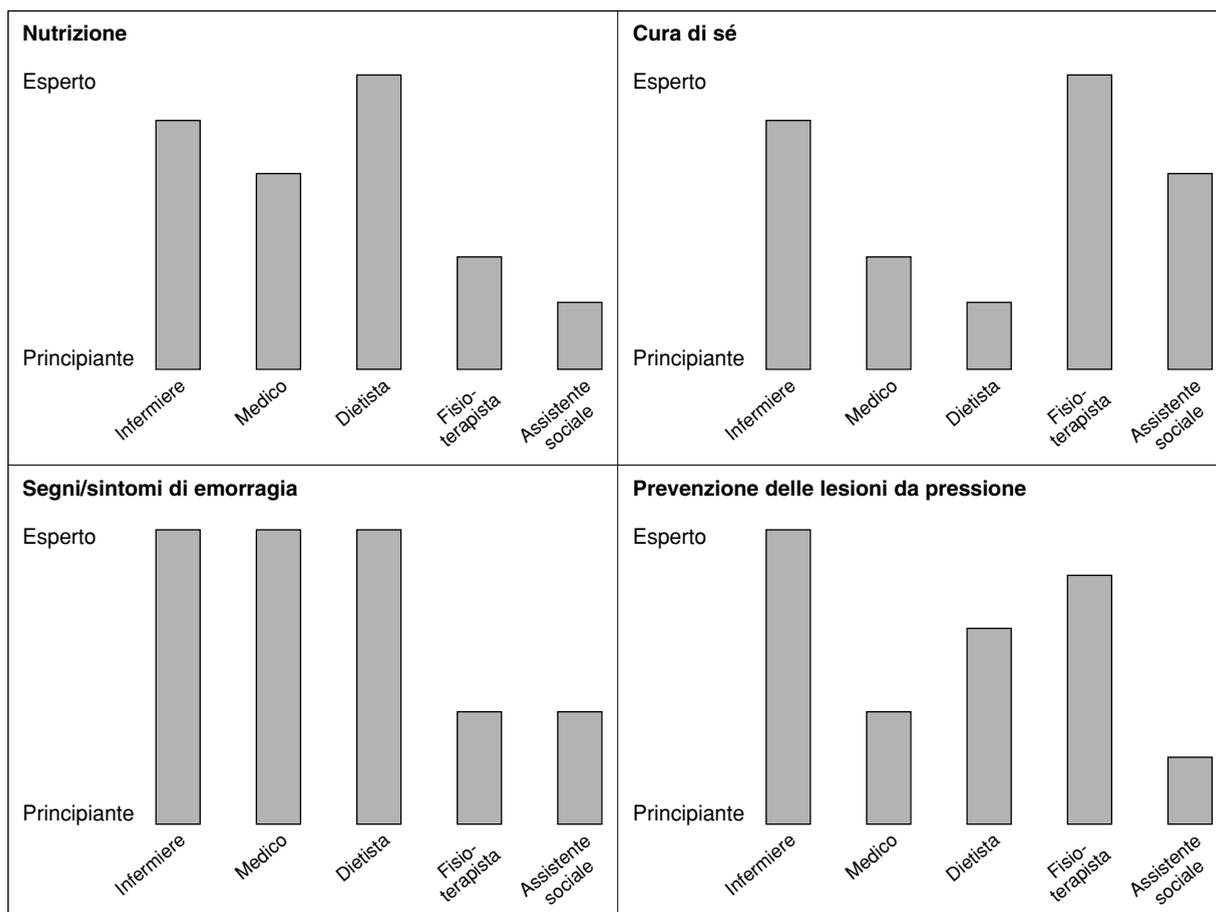
Il corpo di nozioni delle scienze infermieristiche deriva dalle scienze naturali, fisiche e del comportamento, dalla ricerca infermieristica e dalle scienze umane. Gli infermieri possono usare varie teorie nella loro attività, fra cui la teoria dei sistemi familiari, del lutto, della crescita e dello sviluppo, degli interventi nelle crisi e la teoria generale dei sistemi.

Rispetto alle altre scienze della salute, le scienze infermieristiche si differenziano per la profondità e l'ampiezza del campo fenomenologico di interesse. Probabilmente il dietista possiede maggiori conoscenze dell'infermiere nel campo della nutrizione e il farmacista altrettanto nel campo della farmacologia. L'infermiere utilizza però le conoscenze di dietologia e di farmacologia nell'interazione con la persona assistita. Il livello di queste conoscenze è adeguato per molte situazioni assistenziali e quando diviene insufficiente è possibile servirsi di una consulenza specifica. Nessun'altra scienza ha conoscenze così varie e questo spiega perché i tentativi di sostituire l'infermieristica con altre discipline sono risultati costosi e, in ultima analisi, privi di successo. La Figura 1.1 rappresenta graficamente le conoscenze possedute dalle varie figure socio-sanitarie rispetto ad alcuni argomenti.

Il modello bifocale dell'attività clinica (Carpenito, 1983) descrive le situazioni che influenzano le persone, i gruppi e le comunità, così come la classificazione delle risposte a tali situazioni, da una prospettiva infermieristica. Le situazioni sono organizzate in cinque categorie: fisiopatologiche, correlate a trattamenti, personali, ambientali e correlate alle fasi della vita (Fig. 1.2). Senza la comprensione di tali situazioni, l'infermiere non è in grado di diagnosticare le risposte e di intervenire in maniera appropriata.

Dal punto di vista clinico queste situazioni sono importanti per gli infermieri e con lo sviluppo delle diagnosi infermieristiche è stata introdotta una terminologia infermieristica adatta a descrivere queste situazioni, ad esempio *compromissione dell'integrità tissutale* per le ustioni e *rischio di lesione* per la dialisi. Gli infermieri, infatti, non prescrivono la dialisi o il trattamento delle ustioni, ma gestiscono le risposte a queste situazioni.

Il campo d'azione dell'infermieristica clinica si riferisce quindi alle risposte della persona alla situazione e non alla situazione stessa. Una persona ustionata, ad esempio, può presen-



**Figura 1.1** Conoscenze possedute da varie figure socio-sanitarie rispetto ad alcuni argomenti.

tare un'ampia varietà di risposte in relazione all'ustione e ai relativi trattamenti. Alcune risposte possono essere prevedibili, come *rischio di infezione*, altre possono non essere evidenti, come la paura di perdere il lavoro. In passato gli infermieri concentravano la loro attenzione sugli interventi assistenziali inerenti il trattamento delle ustioni, piuttosto che sugli interventi relativi alle risposte degli assistiti. La conseguenza è stata che gli infermieri sono stati descritti come "esecutori" piuttosto che come "conoscitori", come tecnici piuttosto che come professionisti.

**Fisiopatologiche**  
 Infarto miocardico  
 Personalità borderline  
 Ustioni

**Correlate a trattamenti**  
 Anticoagulanti  
 Dialisi  
 Arteriografia

**Personali**  
 Condizione di morente  
 Divorzio  
 Trasloco

**Ambientali**  
 Sovraffollamento  
 Mancanza di corrimano  
 sulle scale  
 Roditori

**Correlate alle fasi della vita**  
 Pressione dei coetanei  
 Ruolo genitoriale  
 Invecchiamento

**Figura 1.2** Esempi di situazioni fisiopatologiche, correlate a trattamenti, personali, ambientali e correlate alle fasi della vita.

**Le diagnosi infermieristiche e i problemi collaborativi**

Il modello bifocale dell'attività clinica descrive i due aspetti centrali dell'infermieristica clinica: le diagnosi infermieristiche e i problemi collaborativi.

*La diagnosi infermieristica è un giudizio clinico riguardante le risposte di una persona, famiglia o comunità a problemi di salute/processi vitali, attuali o potenziali. La diagnosi infermieristica costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici finalizzati a raggiungere dei risultati di cui l'infermiere è responsabile (NANDA, 1990).*

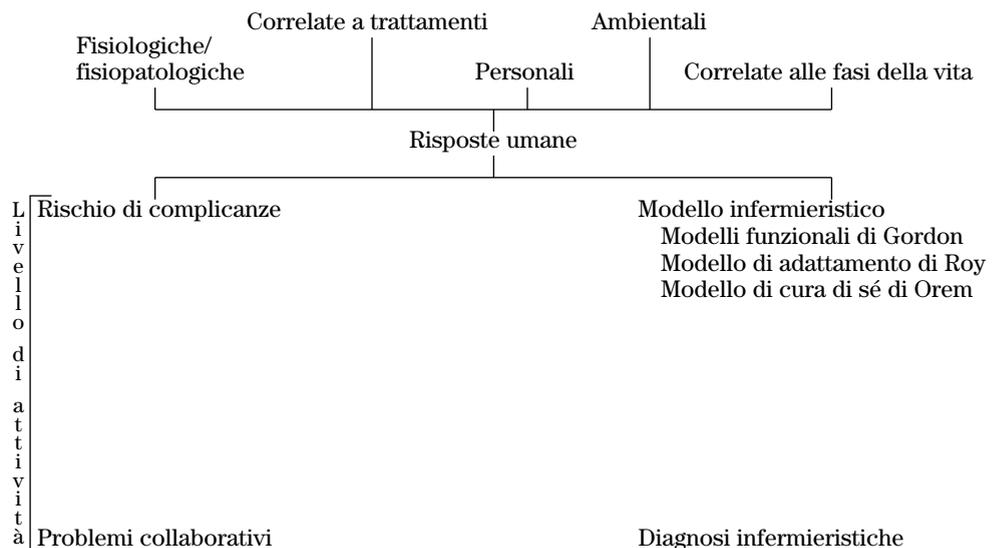
*I problemi collaborativi sono alcune complicanze che gli infermieri controllano per individuarne la comparsa o la modificazione. Gli infermieri gestiscono i problemi collaborativi con interventi di prescrizione medica e infermieristica volti a ridurre al minimo le complicanze di determinati eventi (Carpenito, 1997).* La Figura 1.3 illustra il modello bifocale dell'attività clinica.

L'infermiere prende decisioni autonome sia per i problemi collaborativi sia per le diagnosi infermieristiche. La differenza è che in caso di diagnosi infermieristiche il problema di salute è ad appannaggio dell'infermieristica clinica che ne prescrive il trattamento definitivo per raggiungere il risultato desiderato, mentre nei problemi collaborativi la prescrizione per i trattamenti definitivi deriva dalla medicina e dall'infermieristica. Alcune complicanze, come *rischio di infezione* o *compromissione dell'integrità cutanea*, sono diagnosi infermieristiche, poiché gli infermieri ne possono prescrivere il trattamento risolutivo. In un problema collaborativo l'infermiere controlla la comparsa e l'evoluzione delle complicanze, allo scopo di prevenire un andamento negativo. Queste complicanze sono di solito correlate a malattie, traumi, interventi chirurgici, terapie farmacologiche o indagini diagnostiche. Quindi i problemi collaborativi vengono definiti come *rischio di complicanze* (specificare), ad esempio, *rischio di complicanze: Emorragia* o *rischio di complicanze: Insufficienza renale*.

Il monitoraggio non è però il solo intervento infermieristico da attuare in presenza di un problema collaborativo. Nel caso, ad esempio, di un assistito con ipertensione endocranica, l'infermiere, oltre a monitorare le condizioni cliniche, deve anche limitare determinate attività, fare in modo che mantenga la testa sollevata, garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche del medico e rispondere ai bisogni psicosociali ed educativi.

Di seguito sono riportati alcuni problemi collaborativi comunemente presenti in alcune situazioni:

Situazione	Problema collaborativo
Infarto miocardico	Rischio di complicanze (RC): Aritmie
Craniotomia	RC: Ipertensione endocranica
Emodialisi	RC: Squilibrio idro/elettrolitico
Intervento chirurgico	RC: Emorragia
Cateterismo cardiaco	RC: Reazione allergica



**Figura 1.3** Modello bifocale dell'attività clinica (©1987, Lynda Juall Carpenito).

Se la situazione richiede il monitoraggio da parte dell'infermiere di un gruppo di complicanze, i problemi collaborativi possono essere documentati come segue:

RC: Cardiache

oppure

RC post-operatorie: Ritenzione urinaria

RC: Emorragia

RC: Ipovolemia

RC: Ipossia

RC: Tromboflebite

RC: Insufficienza renale

RC: Ileo paralitico

RC: Eviscerazione

A pagina 868 è presente l'indice dei problemi collaborativi.

Occorre ribadire che *non tutte le complicanze sono problemi collaborativi*. Gli infermieri possono infatti, in autonomia, prevenire alcune complicanze come le infezioni da fonti esterne (es. in caso di cateterismo vescicale), le contratture muscolari, l'incontinenza urinaria e le lesioni da pressione. Pertanto tali complicanze vengono comprese nella categoria delle diagnosi infermieristiche.

### Gli interventi infermieristici

Gli interventi infermieristici sono trattamenti o azioni che recano beneficio a una persona assistita, evidenziando, riducendo o eliminando un problema oppure promuovendo una risposta adeguata.

Gli interventi si possono suddividere in due categorie: prescritti dall'infermiere e prescritti dal medico. Gli interventi indipendenti sono prescritti dall'infermiere, mentre gli interventi delegati sono prescritti dal medico. Tuttavia, entrambi i tipi di interventi richiedono il giudizio indipendente dell'infermiere. Da un punto di vista normativo, l'infermiere deve infatti determinare se è appropriato eseguire un intervento, a prescindere dal fatto che sia indipendente o delegato (Carpenito, 1997).

Carpenito (1987) afferma che la relazione fra la diagnosi e gli interventi è un elemento critico nel definire le diagnosi infermieristiche. Molte definizioni delle diagnosi infermieristiche si basano sulla relazione tra interventi e diagnosi stessa. È il tipo di intervento che permette di distinguere una diagnosi infermieristica da una diagnosi medica o da altri problemi gestiti dagli infermieri. Il tipo di intervento permette inoltre di differenziare le diagnosi infermieristiche reali, di rischio e possibili. La Tabella 1.2 delinea le definizioni di ciascun tipo di diagnosi e l'oggetto degli interventi infermieristici corrispondenti. Ad esempio, per la diagnosi infermieri-

**TABELLA 1.2** Differenze fra i vari tipi di diagnosi



Enunciazione diagnostica	Risultati attesi	Oggetto dell'intervento infermieristico
<b>Diagnosi reale</b> Enunciazione in tre parti che comprende il titolo della diagnosi infermieristica, l'eziologia e i segni/sintomi	Cambiamento comportamentale dell'assistito verso la risoluzione della diagnosi o un miglioramento della condizione	Ridurre o eliminare il problema
<b>Diagnosi di rischio</b> Enunciazione in due parti che comprende il titolo della diagnosi infermieristica e i fattori di rischio	Mantenimento delle attuali condizioni	Ridurre i fattori di rischio per prevenire l'insorgenza di un problema reale
<b>Diagnosi possibile</b> Enunciazione in due parti che comprende il titolo della diagnosi infermieristica e un'eziologia non confermata o caratteristiche definenti non confermate	Non determinati finché non sarà convalidata la presenza del problema	Raccogliere altri dati per confermare o escludere segni e sintomi o fattori di rischio
<b>Problema collaborativo</b> Complicanza reale o potenziale	Obiettivi infermieristici	Individuare la comparsa o lo stato del problema. Gestire i cambiamenti di tale stato



# Condizioni cliniche mediche





# Piano di assistenza generale per la persona adulta ricoverata in ospedale con problemi medici

Questo piano di assistenza (di livello I) presenta le diagnosi infermieristiche e i problemi collaborativi che comunemente si riscontrano negli assistiti (e nelle persone significative) che sono ricoverati in ospedale per un indistinto problema di carattere medico. Le diagnosi infermieristiche e i problemi collaborativi attinenti a un problema medico specifico vengono invece presentati nel relativo piano di assistenza di livello II.

## ■ ■ ■ ■ ■ RAGGRUPPAMENTO DIAGNOSTICO

### **Problemi collaborativi**

RC: Cardiovascolari

RC: Insufficienza respiratoria

### **Diagnosi infermieristiche**

*Ansia*, correlata ad ambiente, procedure, indagini diagnostiche, trattamenti sconosciuti e a perdita di controllo

*Rischio di lesione*, correlato ad ambiente sconosciuto e a limitazioni fisiche e mentali secondarie alla condizione, alle terapie farmacologiche, agli interventi eseguiti e alle indagini diagnostiche

*Rischio di infezione*, correlato ad aumento dei microrganismi nell'ambiente, rischio di trasmissione da persona a persona, esami e terapie invasive

*Deficit nella cura di sé* (specificare), correlato a problemi sensoriali, cognitivi, di mobilità e di motivazione

*Rischio di nutrizione inferiore al fabbisogno*, correlato a diminuzione dell'appetito secondaria a trattamenti, astenia, modificazioni dell'ambiente, modificazioni dietetiche e aumento del fabbisogno proteico e vitaminico per la guarigione

*Rischio di stipsi*, correlato a modificazione dell'assunzione di liquidi e di alimenti, delle abitudini e del livello di attività fisica, a effetti di farmaci e stress emotivo

*Rischio di compromissione dell'integrità cutanea*, correlato a prolungata pressione tissutale associata con la riduzione della mobilità, ad aumentata fragilità della cute associata a edemi declivi, a diminuita perfusione tissutale, a malnutrizione e a incontinenza urinaria e fecale

*Disturbo del modello di sonno*, correlato ad ambiente sconosciuto e rumoroso, cambiamento dei rituali al momento di coricarsi, stress emotivo e modificazioni del ritmo circadiano

*Rischio di sofferenza spirituale*, correlato a separazione dal sistema di sostegno religioso, mancanza di riservatezza o impossibilità di compiere le pratiche religiose

*Interruzione dei processi familiari*, correlata ad alterazione delle abitudini, modificazione delle responsabilità di ruolo e affaticamento associato a maggior carico di lavoro e a esigenze degli orari di visita

*Rischio di compromissione della dignità umana*, correlato a vari fattori legati al ricovero in ospedale (intromissione, procedure e personale sconosciuti, perdita di riservatezza)

*Rischio di gestione inefficace del regime terapeutico*, correlato a complessità di tale regime, complessità del sistema sanitario, riduzione della degenza, insufficiente conoscenza del trattamento e ostacoli alla comprensione secondari a barriere linguistiche, deficit cognitivi, difetti uditivi e/o visivi, ansia e mancanza di motivazione

### **Criteri di dimissione**

Gli specifici criteri di dimissione variano a seconda della condizione dell'assistito. In generale, il raggruppamento diagnostico dovrebbe trovare soluzione prima della dimissione.

**Problemi collaborativi****Rischio di complicanze: Disfunzione cardiovascolare****Rischio di complicanze: Insufficienza respiratoria****Obiettivo infermieristico**

L'infermiere identificherà in modo tempestivo i segni e i sintomi di (a) disfunzione cardiovascolare e di (b) insufficienza respiratoria, e collaborerà ad attuare gli interventi per stabilizzare le condizioni cliniche dell'assistito.

**Indicatori**

- Vigile, orientato nel tempo, spazio e persone, sereno (a, b).
- Frequenza respiratoria: 16-20 atti/min, respiro regolare, non difficoltà respiratorie (b).
- Rumori respiratori normali, assenza di rantoli e di ronchi (b).
- Frequenza cardiaca: 60-100 bpm (a, b).
- Pressione arteriosa > 90/60, < 140/90 mmHg (a, b).
- Tempo di riempimento capillare < 3 sec, cute calda e non umida (a, b).
- Polsi periferici pieni, isosfigmici (a).
- Apiressia (a, b).

Interventi	Razionale
1. Monitorare lo stato cardiovascolare: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Polso radiale (frequenza e ritmo).</li> <li>b. Polso apicale (frequenza e ritmo).</li> <li>c. Pressione arteriosa.</li> <li>d. Cute (colorito, turgore, temperatura e stato di idratazione).</li> <li>e. Saturazione in O<sub>2</sub> dell'emoglobina con pulsossimetro.</li> </ol>	1. I meccanismi fisiologici che regolano la funzione cardiovascolare sono molto sensibili a qualsiasi variazione della funzionalità dell'organismo e pertanto le alterazioni dello stato cardiovascolare costituiscono degli importanti indicatori clinici. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Il monitoraggio del polso periferico fornisce i dati per rilevare la presenza di aritmie cardiache, di modificazioni della volemia e di alterazioni del sistema cardiocircolatorio.</li> <li>b. Il monitoraggio del polso apicale è indicato quando i polsi periferici sono irregolari, deboli o celeri.</li> <li>c. La pressione arteriosa rappresenta la forza esercitata dal sangue sulle pareti arteriose. L'ipertensione arteriosa (pressione sistolica &gt; 140 mmHg, pressione diastolica &gt; 85 mmHg) può essere conseguente all'aumento delle resistenze periferiche, della gittata cardiaca, della volemia o della viscosità ematica. L'ipotensione arteriosa può essere determinata dalla perdita significativa di sangue o di liquidi, dalla diminuzione della gittata cardiaca e dall'assunzione di alcuni farmaci.</li> <li>d. La valutazione della cute fornisce i dati per valutare la circolazione ematica, la temperatura corporea e lo stato di idratazione.</li> <li>e. Il pulsossimetro consente di monitorare in modo non invasivo (si tratta di un sensore applicato a un dito) e affidabile la percentuale di saturazione in O<sub>2</sub> dell'emoglobina del sangue arterioso.</li> </ol>
2. Monitorare lo stato respiratorio: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Frequenza respiratoria.</li> <li>b. Ritmo del respiro.</li> <li>c. Rumori respiratori.</li> </ol>	2. Sono i dati essenziali per accertare la funzionalità respiratoria. I rumori respiratori avventizi o anormali permettono di identificare la presenza di edema, stenosi o ostruzione delle vie respiratorie.

## ✓ Interventi su indicazione medica

Dipendono dalla patologia di base

### Documentazione

- Diario giornaliero
  - Frequenza e ritmo del polso
  - Pressione arteriosa
  - Valutazione della funzionalità respiratoria
- Note di decorso
  - Reperti anomali
  - Interventi eseguiti

## Diagnosi infermieristiche

**Ansia, correlata ad ambiente, procedure, indagini diagnostiche e trattamenti sconosciuti, e a perdita di controllo**

**NOC** Controllo dell'ansia, Coping, Controllo degli impulsi

### Obiettivi/risultati

L'assistito comunicherà i sentimenti relativi alla condizione e al ricovero in ospedale.

### Indicatori

- Espone, su richiesta, le procedure attese.
- Spiega le motivazioni delle restrizioni.

**NIC** Riduzione dell'ansia, Addestramento al controllo degli impulsi, Guida preventiva alle situazioni critiche

Interventi	Razionale
1. Presentarsi e presentare gli altri membri dell'équipe sanitaria; orientare l'assistito nella stanza (es. mostrare il letto, il campanello di chiamata, il bagno).	1. L'ingresso in unità di degenza in un clima di tranquillità, professionalità e accoglienza può mettere l'assistito a proprio agio e dare fin dall'inizio un tono positivo alla sua permanenza.
2. Spiegare i regolamenti e le abitudini dell'ospedale. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Orari di visita.</li> <li>b. Orari dei pasti.</li> <li>c. Monitoraggio dei parametri vitali.</li> <li>d. Disponibilità di giornali.</li> <li>e. Deposito dei valori.</li> <li>f. Uso del telefono.</li> <li>g. Divieto di fumo.</li> <li>h. Regole rispetto all'allontanamento dall'unità di degenza.</li> </ol>	2.,3. Fornire informazioni precise contribuisce a diminuire l'ansia dell'assistito derivante da quanto non conosce o non ha familiarità.
3. Verificare le conoscenze possedute dall'assistito rispetto alla propria condizione, alla prognosi e agli interventi da eseguire e, per quanto necessario, rinforzare e integrare le spiegazioni fornite dal medico.	
4. Fornire le spiegazioni relative alle indagini diagnostiche programmate, affrontando i seguenti argomenti: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Descrizione.</li> <li>b. Scopo.</li> <li>c. Preparazione necessaria per l'indagine diagnostica.</li> <li>d. Chi eseguirà la procedura e dove.</li> <li>e. Sensazioni attese.</li> <li>f. Procedure dopo l'esame.</li> <li>g. Disponibilità dei risultati.</li> </ol>	4.,6. Istruire l'assistito rispetto alle indagini diagnostiche e alle terapie contribuisce a diminuire la paura e l'ansia associate all'ignoto e a migliorare il senso di controllo della situazione.

Interventi	Razionale
5. Discutere dei farmaci prescritti: a. Denominazione e tipologia. b. Scopo. c. Dosaggio. d. Precauzioni particolari. e. Effetti collaterali.  6. Fornire spiegazioni rispetto alla dieta prescritta: a. Scopo. b. Durata. c. Alimenti consentiti e vietati.	
7. Ogniqualevolta sia possibile, dare all'assistito la possibilità di prendere delle decisioni rispetto all'assistenza.	7. La partecipazione alle decisioni contribuisce ad aumentare la percezione della capacità di gestione della condizione con conseguente miglioramento delle capacità di coping. La percezione della perdita del controllo potrebbe infatti determinare un senso di impotenza e quindi di mancanza di speranza.
8. Garantire rassicurazione e comfort. Trascorrere del tempo insieme all'assistito, incoraggiandolo a condividere i sentimenti e le preoccupazioni, prestando un ascolto attivo e comunicando empatia e comprensione.	8. Garantire un sostegno emotivo e incoraggiare la condivisione può aiutare l'assistito a chiarire e a esprimere le paure, consentendo all'infermiere di fornire un riscontro realistico e di rassicurare.
9. Correggere le eventuali conoscenze errate o imprecise dell'assistito.	9. Un fattore che contribuisce comunemente alla paura e all'ansia è costituito dalle informazioni incomplete o imprecise. L'informazione adeguata e accurata riduce i timori dell'assistito.
10. Consentire ai familiari di condividere le paure e le preoccupazioni, e incoraggiarli a garantire un sostegno significativo e produttivo.	10. Permette di migliorare la capacità di aiutare l'assistito.

### Documentazione

Note di decorso

Risposte o situazioni insolite

Diario di insegnamento

Contenuti di assistenza infermieristica educativa

**Rischio di lesione, correlato ad ambiente sconosciuto e a limitazioni fisiche e mentali secondarie alla condizione, alle terapie farmacologiche, agli interventi eseguiti e alle indagini diagnostiche**

**NOC** Controllo dei rischi, Stato di sicurezza: frequenza delle cadute

### Obiettivi/risultati

L'assistito non presenterà lesioni per tutta la durata della degenza in ospedale.

### Indicatori

- Identifica i fattori che aumentano il rischio di lesioni.
- Descrive le misure di sicurezza appropriate.

**NIC** Prevenzione delle cadute, Gestione dell'ambiente: sicurezza, Educazione alla salute, Sorveglianza: sicurezza, Identificazione dei rischi

Interventi	Razionale
1. Orientare l'assistito rispetto all'ambiente (es. ubicazione del bagno, dispositivi di controllo del letto, campanello di chiamata). Di notte lasciare una luce accesa nel bagno.	1. Aiuta ad acquisire familiarità con l'ambiente e la luce notturna permette di avere dei punti di riferimento.
2. Istruire l'assistito a indossare calzature con soles antiscivolo e a non camminare sui pavimenti bagnati.	2. Queste precauzioni contribuiscono a prevenire le cadute da scivolamento.
3. Insegnare all'assistito a mantenere il piano del letto in posizione bassa e con le spondine alzate durante la notte.	3. Questa posizione facilita l'assistito a salire e a scendere dal letto.
4. Assicurarsi che il telefono, gli occhiali e gli oggetti personali di uso frequente siano a portata di mano dell'assistito.	4. Tenere gli oggetti a portata di mano consente di prevenire le cadute accidentali a cui l'assistito potrebbe andare incontro sporgendosi dal letto.
5. Istruire la persona a richiedere assistenza ogni qualvolta ne abbia bisogno.	5. Prestare l'aiuto necessario per la deambulazione e per lo svolgimento di altre attività riduce il rischio di cadute accidentali.
6. Fornire indicazioni rispetto al divieto di fumare.	6. In ospedale vige il divieto di fumare.
7. Se l'assistito è a rischio, pianificare la presenza continuativa di un caregiver nelle 24 ore o rivolgersi al medico per eventuali misure di contenzione da mettere in atto secondo le norme vigenti.	7. In alcuni casi sono necessarie ulteriori misure per garantire la sicurezza dell'assistito per prevenire lesioni a carico di altri.

### Documentazione

Note di decorso

Diario di insegnamento

Contenuti di assistenza infermieristica educativa

Risultati dell'apprendimento

### Rischio di infezione, correlato ad aumento dei microrganismi nell'ambiente, rischio di trasmissione da persona a persona, esami e terapie invasive

**NOC** Stato dell'infezione, Guarigione delle ferite: per prima intenzione, Stato immunitario

#### Obiettivi/risultati

L'assistito descriverà o sarà in grado di attuare le precauzioni necessarie per la prevenzione delle infezioni.

**NIC** Controllo delle infezioni, Cura delle lesioni, Cura del sito di incisione, Educazione alla salute

Interventi	Razionale
1. Insegnare a lavarsi le mani regolarmente, specialmente prima dei pasti e dopo aver utilizzato il bagno.	1. L'accurato lavaggio delle mani ostacola la diffusione dei microrganismi.
2. Insegnare a evitare di tossire, starnutire o respirare contro le altre persone e a utilizzare i fazzoletti di carta usa e getta.	2. Queste precauzioni aiutano a prevenire la trasmissione delle infezioni attraverso le goccioline che si diffondono per via aerea.