



# Prefazione

Rapidi cambiamenti continuano a interessare la professione infermieristica e l'assistenza sanitaria. Gli ospedali continuano a ridurre il personale infermieristico, mentre il grado di acuzie delle malattie delle persone assistite continua a crescere. Diversi infermieri, e perfino qualche docente di Scienze infermieristiche, mettono in dubbio l'utilità delle diagnosi infermieristiche. Questo accade perché purtroppo le diagnosi infermieristiche vengono ancora collegate alla tradizionale pianificazione dell'assistenza infermieristica.

È però ormai tempo di separare questi "fratelli siamesi" e di considerare separatamente i due aspetti. Le diagnosi infermieristiche definiscono la scienza e l'arte dell'infermieristica e sono quindi necessarie così come le diagnosi mediche lo sono per la medicina. Le diagnosi infermieristiche permettono infatti di organizzare le conoscenze infermieristiche per scopi clinici, di ricerca e formativi.

L'importanza della classificazione dei fenomeni di interesse infermieristico non deve essere sottovalutata. Un infermiere con competenze diagnostiche è infatti in grado di formulare varie ipotesi esplicative rispetto alla rabbia manifestata da un assistito: paura, ansia, senso di impotenza, lutto, sofferenza spirituale. Senza questo tipo di conoscenze l'assistito sarebbe semplicemente arrabbiato.

La pianificazione assistenziale così come viene insegnata nei corsi di formazione si riduce spesso a essere un mero esercizio accademico. Questo non è del tutto sbagliato ma, così come durante il percorso formativo progrediscono i contenuti, altrettanto il piano di assistenza si dovrebbe trasformare in uno strumento clinicamente utile. Copiare un libro come questo non migliora né la competenza diagnostica né la capacità di analisi. Gli studenti dovrebbero partire da un piano di assistenza standardizzato (elettronico o prestampato) e personalizzarlo in ragione dei dati raccolti dall'assistito. Analogamente, la diagnosi infermieristica deve essere presentata come clinicamente utile. È necessario consultare gli infermieri che hanno una particolare competenza su determinate diagnosi infermieristiche, così come i medici consultano i colleghi in base alle loro competenze. Le strutture sanitarie dovrebbero pubblicare l'elenco degli infermieri esperti da consultare sulle diverse diagnosi infermieristiche.

Il cambiamento è d'obbligo e gli infermieri clinici, docenti, coordinatori e dirigenti devono fare tutti la loro parte. La documentazione che viene generalmente richiesta non è realistica e lascia troppo poco tempo per la riflessione e l'analisi. Gli infermieri devono difendere il diritto di stabilire qual è la documentazione appropriata per loro, come fanno i medici. L'assistenza infermieristica altrimenti seguirà a essere definita da ciò che gli infermieri fanno e non da quanto fanno. Se da questo punto di vista l'assistenza infermieristica non si svilupperà, l'assistenza infermieristica così come la vogliamo, l'assistenza infermieristica di cui le persone hanno bisogno, cesserà di esistere.

Questo libro, dall'accertamento fino agli interventi, ha come centro di interesse l'assistenza infermieristica, fornendo un quadro condensato e organizzato della stessa e proponendone una visione innovativa. Il volume non ha la pretesa di sostituirsi ai libri di assistenza infermieristica, ma vuole fornire agli infermieri, nei contesti più diversi, le informazioni di cui hanno bisogno facendo risparmiare loro il tempo che dovrebbero investire nella revisione della letteratura necessaria per ottenerle. Il volume vuole altresì aiutare gli studenti a trasferire nella pratica clinica le conoscenze teoriche che hanno acquisito. Infine, potrebbe essere usato dagli infermieri esperti come rinforzo di quanto hanno già appreso in passato o per fornire un contributo per quelle situazioni cliniche che eventualmente non conoscono o che hanno gestito diversamente.

L'Autore concorda rispetto al fatto che le scienze infermieristiche debbano avere un sistema di classificazione per organizzare le proprie conoscenze e definire il proprio scopo. Un sistema di classificazione permette infatti l'attività di ricerca e rende più agevole la comunicazione tra gli infermieri, gli assistiti e gli altri professionisti della salute. Dopotutto, mentre la medicina ha impiegato più di cento anni per sviluppare una tassonomia, il nostro lavoro, a livello nazionale, è iniziato soltanto nel 1973 (e anche più tardi in altri Paesi). È auspicabile che i lettori si sentano stimolati a collaborare all'uso e allo sviluppo delle diagnosi infermieristiche a livello locale, regionale o nazionale.

Dalla prima pubblicazione a oggi, l'uso delle diagnosi infermieristiche è aumentato considerevolmente negli Stati Uniti, in Canada e complessivamente a livello internazionale. Gli infermieri hanno attualmente un'esperienza delle diagnosi infermieristiche che varia dal contatto iniziale all'uso trentennale. Data tale variabilità, le domande che si pone il principiante possono essere:

- Cosa significa formulare una diagnosi infermieristica?
- Al momento dell'accertamento quali domande sono utili per formulare le diagnosi infermieristiche?
- Come posso differenziare una diagnosi infermieristica dall'altra?

- Come può essere personalizzata una diagnosi infermieristica per una particolare persona?
- In che modo devo intervenire dopo che ho formulato la diagnosi?
- Come posso formulare un piano di assistenza utilizzando le diagnosi infermieristiche?

Molto diverse sono invece le domande che si pone l'infermiere esperto, come per esempio:

- Le diagnosi infermieristiche sono le sole diagnosi che devono comparire nel piano?
- La formulazione di una diagnosi infermieristica può includere delle diagnosi mediche?
- Quali problematiche etiche comporta l'uso delle diagnosi infermieristiche?
- Come posso indicare che una persona è a rischio di emorragia?
- Come posso utilizzare le diagnosi infermieristiche in modo efficace?
- Quale tipo di diagnosi infermieristiche devo usare per descrivere le condizioni di una persona sana?
- Ho bisogno delle diagnosi infermieristiche per la stesura dei percorsi assistenziali?

Questa quattordicesima edizione (si tratta della quattordicesima edizione americana, N.d.T.) continua nell'impegno per trovare le risposte a tali domande.

### Organizzazione del libro

Per agevolare la lettura il libro è suddiviso in tre sezioni.

#### Sezione 1. Il centro di interesse dell'assistenza infermieristica

La sezione 1 presenta i fondamenti per comprendere le diagnosi infermieristiche descritte nella sezione 2 ed è composta da sei capitoli.

Il capitolo 1 affronta il dibattito intorno alle diagnosi infermieristiche esaminandone le argomentazioni e le controversie, le implicazioni etiche e culturali e le tematiche relative all'uso di un linguaggio specifico da parte degli infermieri in quanto membri di una équipe multidisciplinare.

Il capitolo 2 è dedicato allo sviluppo delle diagnosi infermieristiche e all'attività della NANDA-I e analizza i concetti relativi alle diagnosi infermieristiche, alla classificazione e alle tassonomie. Nel capitolo è altresì illustrato il processo di approvazione e di revisione delle diagnosi infermieristiche ed è descritta l'evoluzione della tassonomia di NANDA-I. Viene infine affrontato il tema delle diagnosi non approvate dalla NANDA e dei dilemmi associati alle diagnosi infermieristiche.

Il capitolo 3 chiarisce la differenza tra diagnosi infermieristiche reali, di rischio e possibili. Nel capitolo vengono anche presentate le caratteristiche delle diagnosi infermieristiche di promozione della salute e di benessere e delle diagnosi infermieristiche a sindrome. Lo stesso capitolo espone le linee guida per formulare le diagnosi infermieristiche e per evitare gli errori di formulazione.

Il capitolo 4 descrive il *Modello bifocale della pratica clinica* discutendo in dettaglio le differenze tra le diagnosi infermieristiche e i problemi collaborativi e analizzando i loro rapporti con l'accertamento, gli obiettivi, gli interventi e la valutazione.

Il capitolo 5 descrive il processo e i sistemi per la pianificazione dell'assistenza infermieristica. Tra gli argomenti trattati vi sono l'identificazione delle priorità, gli obiettivi assistenziali, il *case management* e le responsabilità dell'assistenza infermieristica. Nel capitolo vengono poi chiarite le finalità degli interventi relativi alle diagnosi infermieristiche piuttosto che relativi ai problemi collaborativi e la diversità tra la valutazione dell'assistenza e la valutazione delle condizioni dell'assistito. Viene presentata un'analisi dell'assistenza multidisciplinare e il sistema di pianificazione a tre livelli diretto a migliorare l'uso dei piani di assistenza senza un aumento della necessità di scrivere, riportando diversi esempi di documentazione assistenziale.

Il capitolo 6 presenta le mappe concettuali e descrive come queste possono essere utili per organizzare e analizzare i dati e per la pianificazione assistenziale. Il capitolo spiega come le mappe concettuali permettano di mettere in evidenza le relazioni tra i diversi dati, per identificare i punti di forza e i fattori di rischio degli assistiti e per verificare se ci sono dati sufficienti a sostegno di una certa diagnosi.

#### Sezione 2. Manuale delle diagnosi infermieristiche

La sezione 2 costituisce il cuore del volume ed è composta da quattro parti.

- Parte I: Diagnosi infermieristiche per la persona
- Parte II: Diagnosi infermieristiche relative a famiglia/convivenza
- Parte III: Diagnosi infermieristiche di comunità
- Parte IV: Diagnosi infermieristiche di promozione della salute e di benessere.

Ogni parte include l'introduzione, l'accertamento, i concetti chiave, le note dell'Autore e le diagnosi specifiche per la popolazione di riferimento.

Ogni gruppo di diagnosi infermieristiche viene presentato seguendo il seguente schema:

- Definizione

- Caratteristiche definenti o fattori di rischio
- Fattori correlati
- Nota dell'Autore
- Errori nella formulazione della diagnosi
- Concetti chiave che possono includere:
  - considerazioni correlate alla maternità
  - considerazioni pediatriche
  - considerazioni geriatriche
  - considerazioni transculturali

Nel Manuale delle diagnosi infermieristiche le definizioni, le caratteristiche e i fattori che riportano l'indicazione "(NANDA-I)" sono tratti da Herdman T.H. (2012) (a cura di) *NANDA International Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione 2012-2014*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana (copyright 2012, 2009, 2007, 2003, 2001, 1998, 1996, 1994 by NANDA International. Riproduzione autorizzata da Blackwell Publishing Limited, un marchio John Wiley & Sons, Inc.).

I riquadri indicati come *Nota dell'Autore ed Errori nella formulazione della diagnosi* si propongono di aiutare a comprendere i concetti alla base della specifica diagnosi infermieristica, porre la diagnosi differenziale tra le diagnosi infermieristiche ed evitare gli errori diagnostici. I concetti chiave mirati alla madre, al bambino e alla persona anziana forniscono ulteriori approfondimenti. Le considerazioni transculturali sono finalizzate ad aumentare la sensibilità dei lettori nei confronti delle diversità culturali, evitando gli stereotipi.

Per ciascuna diagnosi infermieristica vengono proposti gli obiettivi assistenziali e i relativi interventi seguiti dalla corrispondente spiegazione scientifica (razionale). Gli interventi sono attività appartenenti all'ambito autonomo delle scienze infermieristiche che si fondano sull'applicazione delle scienze affini come la fisica, la farmacologia, le scienze dietetiche, la psichiatria e la ricerca infermieristica. Quando è appropriato, sono esposti anche gli interventi mirati alla madre, al bambino e alla persona anziana corredati dal corrispettivo razionale.

Ogni diagnosi infermieristica è poi seguita da una o più diagnosi più specifiche che si riferiscono a situazioni cliniche tipiche.

Ciascuna diagnosi infermieristica riporta i risultati di salute NOC e gli interventi prioritari NIC anche per agevolare l'uso informatizzato dei piani di assistenza infermieristica. Gli obiettivi, gli indicatori e gli interventi sono lavoro dell'Autore e non degli estensori dei NOC o dei NIC.

È stato fatto ogni sforzo per fornire al lettore la bibliografia e i risultati delle ricerche più recenti sulla materia. Agli studenti si raccomanda di non usare riferimenti che vadano oltre i cinque anni, ma questa indicazione può essere problematica. Talvolta, infatti, i risultati della ricerca su un argomento continuano a rappresentare, anche dopo dieci anni, lo stato della scienza. Se successivamente un altro autore o ricercatore utilizza il lavoro originale, succede spesso che la sua citazione prenda il posto della più vecchia. Io non sono d'accordo con tale modo di fare e ritengo che siano necessarie entrambe le citazioni. È per questo che nel presente volume i lettori troveranno citazioni di anni diversi, incluse alcune che vanno oltre i cinque anni da oggi. Sono inoltre stati aggiunti indirizzi Internet di siti correlati alle diagnosi.

### Sezione 3. Manuale dei problemi collaborativi

La sezione 3 è costituita dal manuale dei problemi collaborativi che presenta 54 problemi collaborativi specifici raggruppati in nove categorie di problemi collaborativi generali.

Per ogni problema collaborativo generale vengono presentati:

- Definizione
- Nota dell'Autore (discussione relativa al problema stesso al fine di chiarirne l'uso clinico)
- Esami di laboratorio e indagini diagnostiche (accertamenti appropriati per il monitoraggio e referti che indicano la comparsa della complicità).

All'interno dei rispettivi problemi collaborativi generali, i problemi collaborativi specifici sono proposti secondo il seguente schema:

- Definizione
- Popolazioni ad alto rischio
- Obiettivi infermieristici
- Interventi e razionali.

L'Autore invita i lettori a sottoporle commenti o suggerimenti. La corrispondenza può essere inviata all'editore o all'Autore stesso all'indirizzo e-mail Juall46@msn.com.

*Lynda Juall Carpenito, RN, MSN, CRNP*



# Presentazione della sesta edizione italiana

Sebbene le tassonomie diagnostiche siano da sempre oggetto di dibattito, e non solo nel campo delle Scienze infermieristiche come ha mostrato la recente pubblicazione della quinta edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, il processo diagnostico è la condizione senza la quale non si può intraprendere nessuna azione sull'assistito. Senza, infatti, la valutazione del «funzionamento» della persona assistita e l'identificazione di un problema, qualsiasi intervento assistenziale venga effettuato ha una probabilità molto elevata di rivelarsi una tentata soluzione e quindi di risultare inaccettabile anche dal punto di vista deontologico.

Nel corso degli anni le tassonomie diagnostiche si sono progressivamente evolute, aggiornate, migliorate e arricchite e in tale scenario rientrano anche le diagnosi infermieristiche pubblicate da Lynda Juall Carpenito.

In particolare, la sesta edizione italiana del volume *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica* risulta strutturato in tre sezioni. La prima, dal titolo *Il centro di interesse dell'assistenza infermieristica*, riguarda l'uso delle diagnosi infermieristiche e dei sistemi tassonomici e il processo di approvazione e di revisione svolto da NANDA-I. Nei sei capitoli afferenti alla prima sezione vengono altresì presentate le caratteristiche delle diagnosi infermieristiche reali, di rischio e possibili, delle diagnosi infermieristiche di promozione della salute e di benessere e delle diagnosi infermieristiche a sindrome. Sono inoltre illustrati il Modello bifocale sviluppato dall'Autore stesso e i sistemi per la pianificazione dell'assistenza infermieristica. La seconda sezione è costituita dal *Manuale delle diagnosi infermieristiche* vero e proprio in cui vengono esposte le diagnosi infermieristiche per la persona, le diagnosi infermieristiche relative alla famiglia/convivenza, le diagnosi infermieristiche di comunità e le diagnosi infermieristiche di promozione della salute e di benessere, raccolte separatamente in modo da poter essere individuate con maggiore facilità. La presentazione delle diagnosi infermieristiche è per ordine alfabetico secondo il titolo della diagnosi e quindi, per esempio, la diagnosi infermieristica di *Benessere compromesso* precede la diagnosi infermieristica di *Campo di energia disturbato*, tenendo però presente che l'Autore ritiene opportuno trattare alcune diagnosi unitamente e quindi, per rimanere nell'esempio precedente, la diagnosi infermieristica di *Dolore acuto*, in quanto trattata unitamente alla diagnosi infermieristica di *Benessere compromesso*, nel testo precede *Campo di energia disturbato* sebbene dovrebbe seguirla se l'elenco fosse strettamente alfabetico. A ogni buon conto per semplificare la ricerca delle diagnosi stesse, in apertura del volume sono presenti tre elenchi in cui le diagnosi infermieristiche sono riportate rispettivamente in ordine alfabetico secondo il titolo, in ordine alfabetico secondo il focus diagnostico e ordinate secondo i modelli funzionali della salute di M. Gordon. La terza sezione è costituita dal *Manuale dei problemi collaborativi* che presenta 54 problemi collaborativi specifici raggruppati in nove problemi collaborativi generali. Per quanto riguarda i problemi collaborativi, ricordiamo che questi, così come definiti da Carpenito, possono essere inclusi in un più ampio gruppo di condizioni cliniche complesse che richiedono un approccio integrato interprofessionale e che nei testi editi dalla Casa Editrice Ambrosiana sono identificate con l'espressione "problema di salute a gestione integrata" (per eventuali approfondimenti su questo tema è possibile fare riferimento al testo Wilkinson J.M., *Processo infermieristico e pensiero critico*, terza edizione, edito da CEA nel 2013).

Il *Manuale delle diagnosi infermieristiche* vede aggiornato il contenuto alla tassonomia 2012-2014 delle diagnosi infermieristiche NANDA International che propone sedici nuove diagnosi: *Controllo degli impulsi inefficace*, *Inefficace processo della gravidanza e della maternità*, *Latte materno carente*, *Relazione inefficace*, *Rischio di autostima cronicamente scarsa*, *Rischio di disturbo dell'identità personale*, *Rischio di inefficace processo della gravidanza e della maternità*, *Rischio di ittero neonatale*, *Rischio di lesione termica*, *Rischio di perfusione tissutale periferica inefficace*, *Rischio di pianificazione delle attività inefficace*, *Rischio di reazione allergica*, *Rischio di reazione avversa ai mezzi di contrasto iodati*, *Rischio di relazione inefficace*, *Rischio di secchezza oculare*, *Salute insufficiente della comunità*.

Il manuale ha altresì aggiornato alle edizioni 2013 i riferimenti alla classificazione NOC dei risultati di salute e alla classificazione NIC degli interventi infermieristici.

Delle precedenti edizioni è stata conservata la struttura che propone per ciascuna diagnosi infermieristica la presentazione del titolo, della definizione, delle caratteristiche definenti, dei fattori correlati, degli obiettivi assistenziali e degli interventi caratterizzando il manuale come uno strumento pratico per l'assistenza infermieristica.

Il manuale appare migliorato anche nella terminologia che in questa edizione è stata completamente uniformata riprendendo i titoli e le definizioni delle diagnosi infermieristiche NANDA-I, i titoli dei risultati NOC e i titoli degli interventi NIC adottati nelle edizioni italiane dei testi, pubblicati dalla Casa Editrice Ambrosiana,

Herdman T.H. (a cura di) *NANDA International Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione 2012-2014*, S. Moorhead, M. Johnson, M.L. Maas, E. Swanson *Classificazione NOC dei risultati infermieristici (edizione 2013)* e G.M. Bulechek, H.K. Butcher, J.M. Dochterman, C.M. Wagner *Classificazione NIC degli interventi infermieristici (edizione 2013)*.

Per ciascuna diagnosi infermieristica, viene inoltre data informazione di quali tra le caratteristiche definenti, i fattori correlati o i fattori di rischio riportati sono tratti dalla tassonomia NANDA-I e quali invece sono stati sviluppati dall'Autore. In tal senso le definizioni, le caratteristiche e i fattori che riportano l'indicazione (NANDA-I) sono tratti da Herdman T.H. (2012) (a cura di) *NANDA International Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione 2012-2014*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

L'arricchimento delle *Note dell'Autore* fornisce a questa edizione un apprezzabile valore aggiunto per comprendere l'impiego delle diagnosi infermieristiche. Nelle note, evidenziate dallo sfondo, l'Autore chiarisce infatti gli aspetti di applicazione pratica delle diagnosi infermieristiche, fornisce gli approfondimenti teorici per illustrare in modo mirato i problemi trattati e riporta le considerazioni relative alle differenze rispetto alla tassonomia NANDA-I.

Anche i contenuti dei riquadri relativi agli *Errori nella formulazione della diagnosi* sono stati rivisti rivelandosi particolarmente utili per la valutazione dei casi clinici ai fini della corretta formulazione delle diagnosi infermieristiche e per porre la diagnosi differenziale tra le diagnosi stesse.

I *Concetti chiave* costituiscono un supporto saliente fornito dal volume per comprendere e approfondire le problematiche cliniche e le tematiche a esse associate. Anch'essi aggiornati e ampliati, dove necessario, sono stati integrati con i contenuti riguardanti il contesto italiano e con gli aspetti relativi alla maternità, al bambino e alla persona anziana. Anche le considerazioni transculturali sono state sviluppate al fine di aumentare la sensibilità dei lettori nei confronti delle diversità culturali sempre più presenti nei contesti assistenziali, così come gli interventi relativi a ciascuna diagnosi infermieristica sono corredati dai corrispettivi razionali che ne forniscono la spiegazione scientifica e sono supportati dalla letteratura che ne comprova l'efficacia clinica.

Quello che state per leggere è dunque un volume informativo ma al tempo stesso formativo che contribuisce a consolidare l'identità della nostra professione, a favorire la comunicazione professionale, a facilitare la riflessione sugli aspetti clinici, a condurre ricerche più fedeli e in particolare modo a identificare i problemi assistenziali senza la cui definizione non sarebbe possibile un'ipotesi di lavoro con l'assistito.

*Fabrizio Vezzoli*

Direttore didattico  
Corso di laurea in Infermieristica  
Università degli Studi di Milano



# Nota terminologica

Già da diversi anni la CEA, Casa Editrice Ambrosiana, sta operando, attraverso diverse iniziative che coinvolgono professionisti e studiosi del settore infermieristico, 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 *NANDA International, Diagnosi infermieristiche: definizioni 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 dell'ambito infermieristico, di diversa provenienza e formazione, che si è occupato di concordare la terminologia con la quale scrivere, in lingua italiana, i titoli e le definizioni delle diagnosi infermieristiche. Il repertorio che il gruppo di lavoro ha prodotto nel corso degli anni è stato utilizzato da CEA per uniformare il linguaggio infermieristico nell'ambito diagnostico per tutti i propri testi. Tale repertorio è mantenuto aggiornato attraverso la pubblicazione periodica, ogni due anni fino al 2008 e ogni tre anni a partire dal 2009, delle nuove edizioni del manuale ufficiale di NANDA International di cui è stata di recente pubblicata l'edizione 2015-2017.

Il successo ottenuto da questa iniziativa ha stimolato la definizione di un progetto analogo, finalizzato alla realizzazione di una traduzione condivisa dei titoli della versione 2004 delle classificazioni NOC e NIC. Anche in questo caso, un gruppo di esperti dell'ambito infermieristico è riuscito a condividere una terminologia comune e il repertorio messo a punto è stato utilizzato per uniformare il linguaggio infermieristico per quanto riguarda la definizione dei risultati di salute e dei relativi interventi infermieristici. La pubblicazione dei testi di S. Moorhead, M. Johnson e M. Maas, *Classificazione NOC dei risultati infermieristici*, e di J. McCloskey Dochterman e G.M. Bulechek, *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*, avvenuta nel 2007 e relativa alle versioni 2004 delle due tassonomie, ha costituito un'importante occasione di confronto sul lavoro effettuato e ha permesso di aggiornare la terminologia precedentemente messa a punto 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. Questa attività è proseguita negli anni successivi e ha di recente dato origine alla pubblicazione delle edizioni 2013 delle due classificazioni NOC e NIC.

Attraverso questi processi, il repertorio terminologico utilizzato dalla Casa Editrice Ambrosiana si arricchisce di nuovi importanti contributi e i volumi CEA, tradotti utilizzando questa terminologia ufficiale, si presentano a studenti infermieri, infermieri clinici, infermieri formatori, ricercatori e dirigenti con un linguaggio coerente, che permette di favorire il confronto e lo sviluppo della comunità professionale infermieristica nel nostro Paese.

La conformità dei molteplici testi infermieristici della CEA alla terminologia NNN qui illustrata viene evidenziata con l'inserimento dei loghi di "Traduzione verificata NANDA-I" e di "Traduzione verificata NOC e NIC".





# Capitolo 4

## Diagnosi infermieristica: cos'è, cosa non è

### Obiettivi di apprendimento

Al termine di questo capitolo il lettore dovrebbe essere in grado di rispondere alle seguenti domande:

- Cos'è il modello bifocale della pratica clinica?
- Quali sono le differenze tra le diagnosi infermieristiche e i problemi collaborativi?
- Come vengono formulati i problemi collaborativi?
- Il monitoraggio può essere considerato un intervento?

Come già riportato nel capitolo 2, la definizione ufficiale di NANDA-I (2009) di diagnosi infermieristica recita che *“La diagnosi infermieristica è un giudizio clinico riguardante le risposte della persona, della famiglia o della comunità ai problemi di salute e processi vitali in atto o potenziali. La diagnosi infermieristica costituisce la base sulla quale decidere gli interventi infermieristici finalizzati a conseguire dei risultati di cui l'infermiere è responsabile”*.

Ma come possono essere configurate le situazioni cliniche non descritte dalle diagnosi infermieristiche che richiedono interventi congiunti medico-infermieristici? Come possono essere considerate le situazioni cliniche in cui gli infermieri collaborano con i medici per raggiungere dei risultati di salute?

### Collaborazione con gli altri professionisti

L'assistenza infermieristica richiede all'infermiere tre differenti responsabilità:

1. identificazione delle diagnosi infermieristiche, attuazione degli interventi appropriati, valutazione dei progressi
2. monitoraggio delle condizioni cliniche per rilevare eventuali instabilità fisiologiche e collaborazione con i medici che definiscono gli interventi da attuare
3. consultazione con esperti di altre discipline (fisioterapisti, terapisti occupazionali, assistenti sociali, logopedisti, farmacologi) per aumentare le competenze per fornire assistenza.

Quando gli infermieri collaborano con gli altri professionisti, come i fisioterapisti, i dietisti, gli assistenti sociali, questi ultimi dovrebbero fornire delle indicazioni per la gestione di un problema. Queste indicazioni possono essere trasmesse all'infermiere sia in modo informale e aggiunte al piano di assistenza a discrezione dell'infermiere, sia come prescrizioni sulla documentazione sanitaria.

### ■ ■ ■ NOTA DELL'AUTORE

Gli altri professionisti non possono aggiungere interventi al piano di assistenza infermieristica, ma possono integrare i piani di cura multidisciplinari. Gli interventi riportati su un piano di cura multidisciplinare devono indicare l'operatore che deve eseguire gli interventi.

Quando il piano di cura non è multidisciplinare e per esempio un fisioterapista fornisce delle indicazioni che influenzano gli interventi infermieristici, sarà l'infermiere a decidere se queste indicazioni dovranno essere aggiunte al piano di assistenza infermieristica, analogamente a quanto accade quando un medico chiede al collega specialista di visitare un suo assistito. Lo specialista non prescrive gli interventi per l'assistito, piuttosto comunica delle indicazioni in un rapporto relativo alla consulenza.

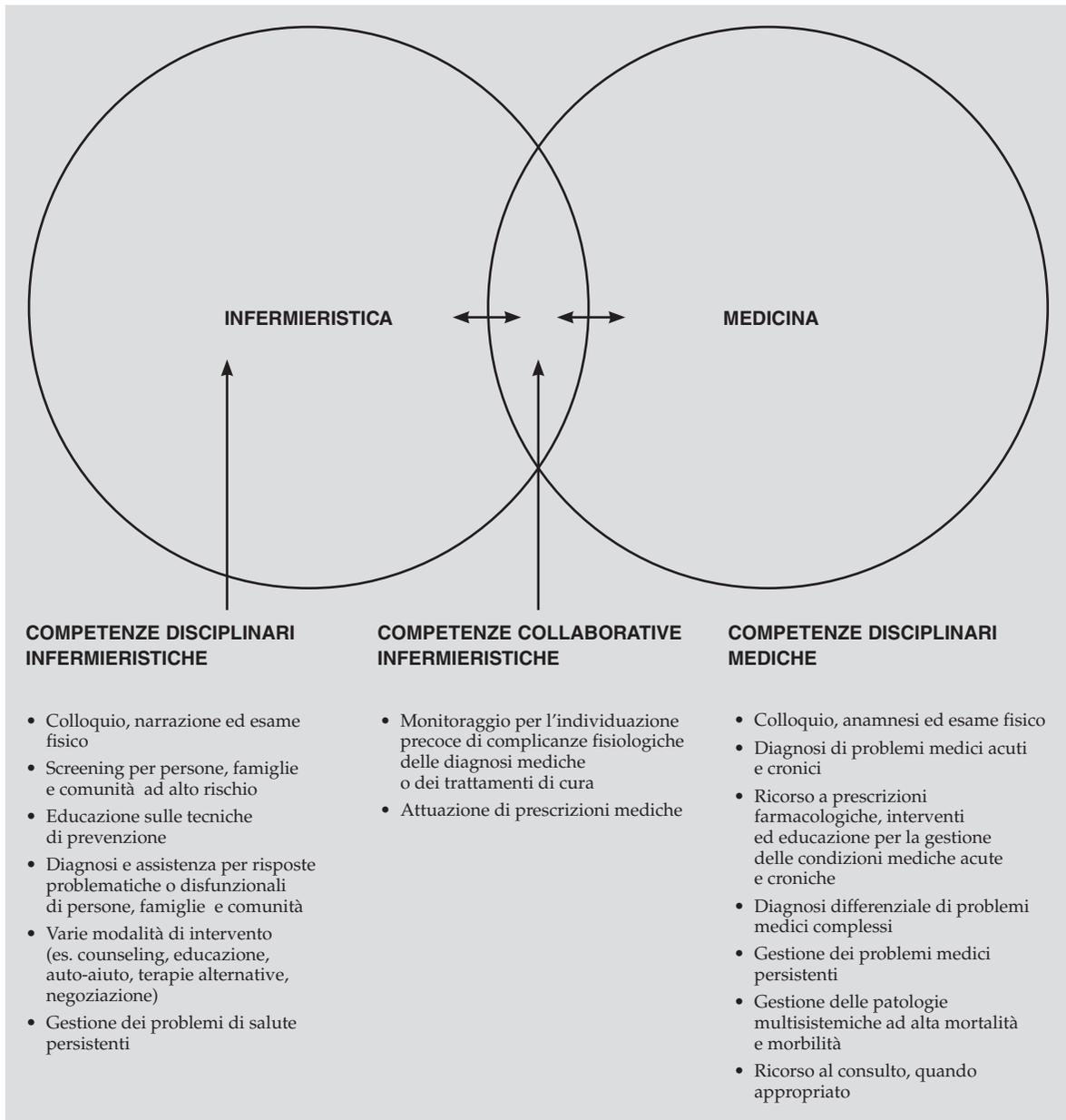
Questa è una distinzione molto importante. Prima di aggiungere interventi che l'infermiere deve eseguire, occorre valutare la disponibilità di risorse e l'appropriatezza in relazione alle condizioni dell'assistito. Quando gli infermieri collaborano con i medici per trattare congiuntamente i problemi, il medico prescrive i trattamenti, gli esami diagnostici e le terapie farmacologiche. Queste prescrizioni non sono opzionali. Sono cogenti e comportano implicazioni legali. Se l'infermiere non è d'accordo rispetto alle prescrizioni, dovrà discuterne con il medico prescrittore o con il proprio superiore. Come in qualsiasi forma di collaborazione, funzioni e attività a volte si sovrappongono.

### Modello bifocale della pratica clinica

Nel 1983 Carpenito ha introdotto un modello per l'assistenza infermieristica che descrive la peculiarità del lavoro dell'infermiere in ambito clinico, in aggiunta alle diagnosi infermieristiche di NANDA-I. 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 con il medico.

Questo modello non si limita a delineare il campo di attività professionale, ma aiuta anche a distinguere l'assistenza infermieristica dalle altre discipline dell'ambito sanitario (fig. 4.1).

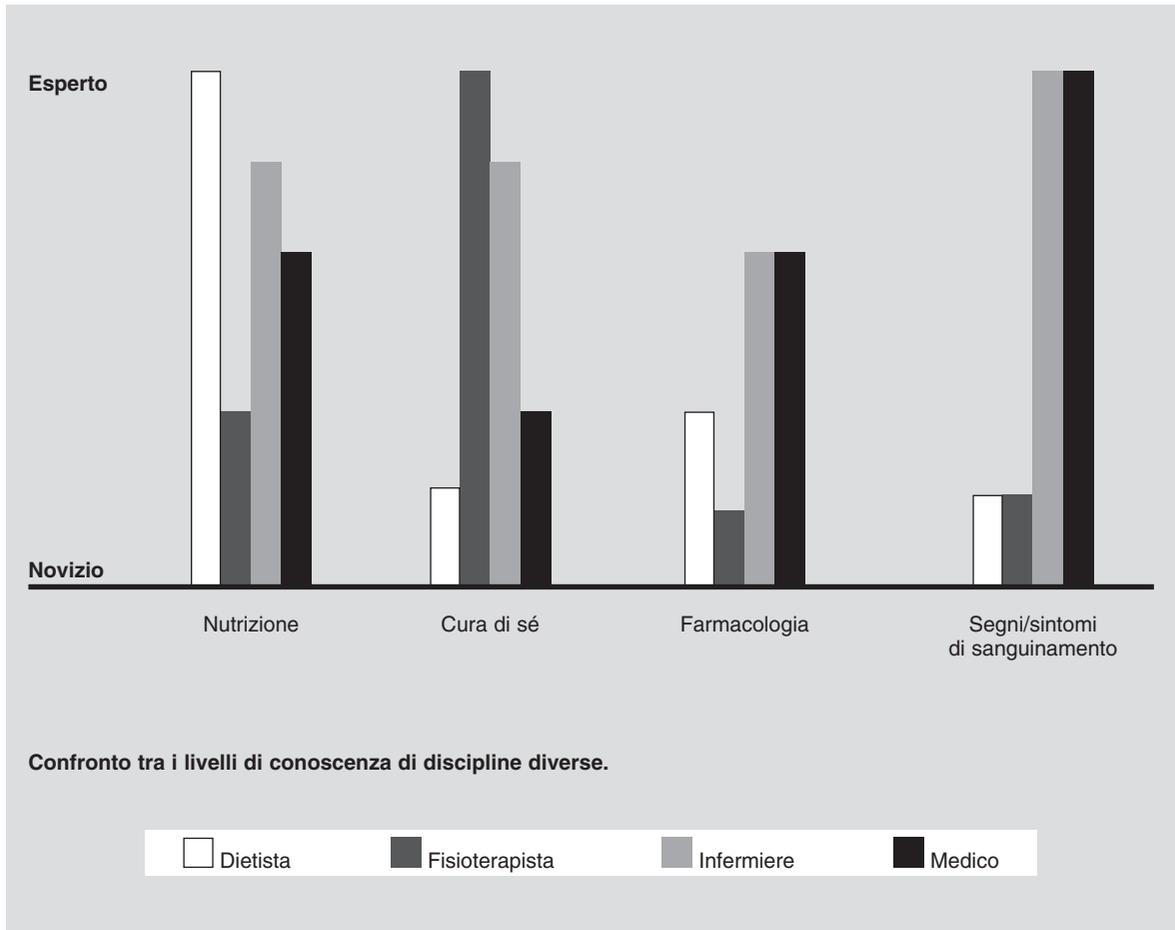


**Fig. 4.1** Domini di competenze dell'infermiere e del medico.

Le conoscenze necessarie per fornire assistenza infermieristica derivano da varie discipline, quali per esempio la biologia, la medicina, la farmacologia, la psicologia, la scienza dell'alimentazione e la fisioterapia. Il corpo di conoscenze della disciplina infermieristica differisce da quello delle altre discipline per la sua ampiezza. La figura 4.2 mostra i vari tipi di conoscenza confrontati tra le varie discipline. Certamente, per fare degli esempi, i dietisti hanno una conoscenza più approfondita di qualsiasi infermiere delle problematiche legate alla nutrizione e i farmacologi di quelle relative ai farmaci, ma ogni infermiere porta nelle interazioni con l'assistito un bagaglio di conoscenze relative alla nutrizione e ai farmaci che risulta sufficiente nella maggior parte delle situazioni

cliniche (e quando le conoscenze dell'infermiere non sono sufficienti è possibile e doveroso avvalersi della consulenza dei professionisti idonei).

Nessun'altra disciplina possiede delle conoscenze così variegata e questo può spiegare perché nel passato i tentativi di sostituire gli infermieri con operatori di altre discipline si sono dimostrati costosi e in definitiva fallimentari.



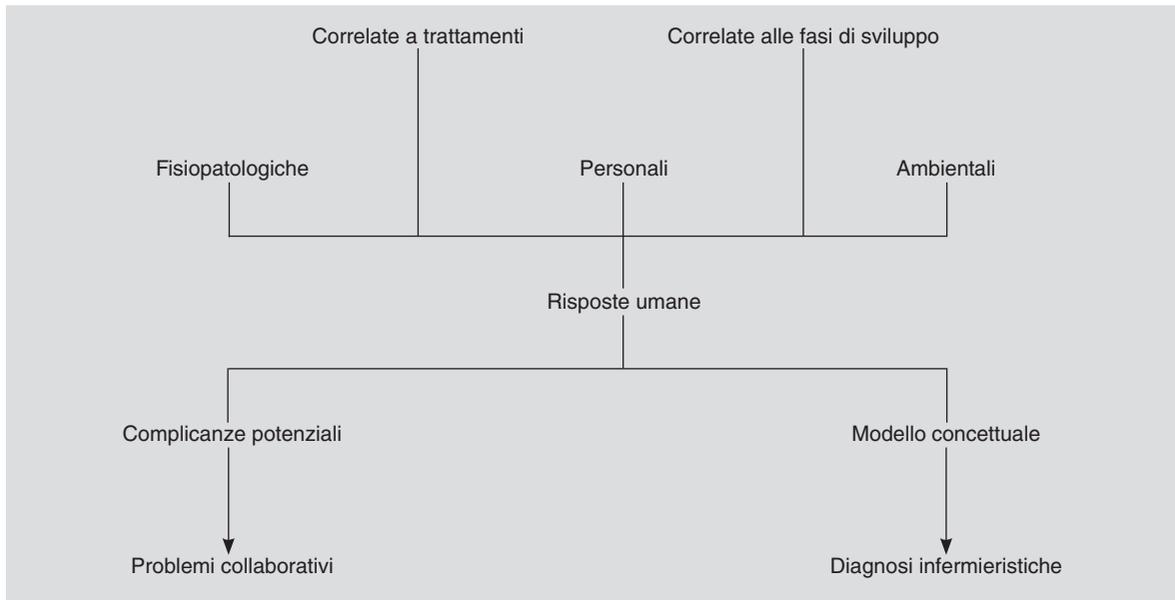
**Fig. 4.2** Confronto tra i tipi di conoscenze di discipline diverse.

Da quanto detto deriva che ogni modello di assistenza infermieristica, per essere utile, deve comprendere tutte le varie situazioni nelle quali l'infermiere interviene, contribuendo inoltre a identificare quelle che richiedono il contributo di figure non infermieristiche.

L'infermiere prescrive interventi per trattare le risposte degli assistiti alle situazioni. Tali situazioni possono essere raggruppate nelle cinque categorie di seguito elencate:

1. fisiopatologiche (es. infarto miocardico, personalità borderline, ustioni)
2. correlate a trattamenti (es. terapia anticoagulante, dialisi, arteriografia)
3. personali (es. lutto, divorzio, trasloco)
4. ambientali (es. scuola affollata, scale senza corrimano, presenza di roditori)
5. correlate alle fasi di sviluppo (es. pressioni da parte del gruppo degli amici o dei coetanei, ruolo genitoriale, invecchiamento)

Come evidenziato nella figura 4.3, il modello bifocale della pratica clinica identifica tali risposte come *diagnosi infermieristiche* o *problemi collaborativi*. Considerati congiuntamente, le diagnosi infermieristiche e i problemi collaborativi comprendono la gamma di condizioni che richiedono assistenza infermieristica.



**Fig. 4.3** Modello bifocale della pratica clinica (© Lynda Juall Carpenito, 1985).

Le principali assunzioni del modello bifocale dell'attività clinica sono le seguenti:

**1. Assistito (persona, famiglia, comunità)**

- ha capacità di autocura
- è in continuo rapporto con l'ambiente
- prende decisioni secondo le proprie priorità
- è un tutt'uno in cerca di equilibrio
- ha valore e dignità
- è un esperto della propria salute

**2. Salute**

- è uno stato dinamico, in continuo mutamento
- è definita dall'assistito
- è l'espressione del livello ottimale di benessere
- l'assistito ne ha la responsabilità

**3. Ambiente**

- rappresenta i fattori esterni, le situazioni e le persone che influenzano o sono influenzate dall'assistito
- comprende l'ambiente fisico e quello ecologico, gli eventi della vita e le modalità del trattamento

**4. Assistenza infermieristica**

- la persona vi accede quando ha bisogno di aiuto per migliorare, ripristinare o mantenere la salute, o per una morte serena (Henderson & Nite, 1960)
- garantisce che l'assistito riceva le informazioni adeguate per un consenso informato
- sostiene il diritto dell'assistito di rifiutare le indicazioni fornitegli
- impegna l'assistito ad assumersi la responsabilità delle decisioni e delle attività volte all'autoguarigione
- riduce o elimina i fattori ambientali che possono compromettere o che compromettono lo svolgimento delle funzioni

### Capire i problemi collaborativi

Carpenito (1999) definisce i problemi collaborativi come:

*determinate complicanze di cui gli infermieri rilevano l'eventuale insorgenza o cambiamento. Gli infermieri gestiscono i problemi collaborativi con interventi di prescrizione medica o infermieristica finalizzati a limitarne le conseguenze.*

Va precisato che si tratta di "determinate" complicanze in quanto non tutte quelle che si possono verificare sono dei problemi collaborativi. Se l'infermiere, infatti, è in grado di prevenire l'insorgenza della complicanza o di deciderne il trattamento principale allora si tratta di una diagnosi infermieristica.

A titolo di esempio:

**L'infermiere può prevenire**

Lesioni da pressione  
Tromboflebite  
Complicanze dell'immobilità  
Aspirazione nelle vie aeree

**L'infermiere può trattare**

Lesioni da pressione di primo o secondo stadio  
Problemi di deglutizione  
Tosse inefficace

**L'infermiere non può prevenire**

Convulsioni  
Emorragia

**Diagnosi infermieristiche**

Rischio di integrità cutanea compromessa  
Rischio di perfusione tissutale periferica inefficace  
Rischio di sindrome da immobilizzazione  
Rischio di aspirazione

**Diagnosi infermieristiche**

Integrità cutanea compromessa  
Deglutizione compromessa  
Liberazione delle vie aeree inefficace

**Problemi collaborativi**

Convulsioni  
Emorragia

**Prevenzione versus Rilevazione**

La prevenzione è diversa dalla rilevazione. Gli infermieri possono prevenire alcune complicanze come le lesioni da pressione o le infezioni da presidi invasivi. Gli infermieri non possono invece prevenire l'emorragia o le convulsioni, ma devono monitorare l'assistito per rilevarne precocemente l'eventuale insorgenza o per limitare gli eventi di maggior gravità o anche la morte.

I medici non possono trattare i problemi collaborativi senza le conoscenze, il monitoraggio e il giudizio degli infermieri. Oltre al monitoraggio, in caso di problemi collaborativi, gli infermieri prescrivono degli interventi, come le variazioni posturali o l'assistenza infermieristica educativa.

Diversamente dalle diagnosi mediche, le diagnosi infermieristiche rappresentano situazioni delle quali l'infermiere è il responsabile, perché ne individua l'eventuale insorgenza o ne gestisce gli eventuali cambiamenti. Quando una situazione non richiede assistenza infermieristica non è necessaria la presenza dell'infermiere.

Per quanto riguarda i problemi collaborativi, la loro gestione da parte degli infermieri ha per oggetto il monitoraggio dell'insorgenza o del cambiamento di eventuali complicanze e la loro gestione tramite interventi di prescrizione medica e infermieristica. L'infermiere assume decisioni autonome in relazione sia ai problemi collaborativi sia alle diagnosi infermieristiche. La differenza è che per quanto riguarda queste ultime, gli compete la prescrizione del trattamento definitivo volto a conseguire il risultato atteso; per quanto concerne invece i problemi collaborativi la prescrizione del trattamento definitivo è sia infermieristica sia medica.

L'infermiere non può prevenire un'emorragia, ma l'identificazione tempestiva potrà limitare la perdita ematica. Quindi in caso di problemi collaborativi l'infermiere può rilevare precocemente l'insorgenza di una complicanza, come l'ematuria o l'oliguria. Può anche monitorare per verificare se intervengano cambiamenti in un problema già presente, come l'ipertensione arteriosa o la polmonite.

**Formulazione dei problemi collaborativi**

Il titolo di tutti i problemi collaborativi è caratterizzato dall'espressione *Rischio di complicanze* (abbreviato RC). Per esempio:

- *Rischio di complicanze: insufficienza cardiaca*
- *Rischio di complicanze: ulcera peptica*
- *Rischio di complicanze: asma*

Questa denominazione indica che l'infermiere tende a ridurre la gravità di certi eventi o fattori. Per esempio, il problema collaborativo *Rischio di complicanze: ipertensione* indica che l'assistito è affetto o è a rischio di ipertensione arteriosa. In entrambi i casi l'infermiere riceverà un resoconto relativo allo stato di tale problema collaborativo o procederà a raccogliere i dati relativi alla pressione arteriosa dell'assistito.

Modificare la denominazione al fine di distinguere se l'assistito è già iperteso oppure se è a rischio non è né necessario né realistico data la variabilità della condizione clinica di molti assistiti. Di seguito viene illustrata questa differenza.

Situazione	Uomo ricoverato per infarto miocardico, che sviluppa uno shock cardiogeno	Uomo ricoverato per infarto miocardico con ritmo sinusale
Problema	RC: shock cardiogeno	RC: shock cardiogeno
Interventi assistenziali	Monitorare le condizioni e gestire gli episodi di shock cardiogeno	Monitorare per rilevare e gestire gli eventuali episodi per quanto necessario



# SEZIONE 2

## Manuale delle diagnosi infermieristiche

### INTRODUZIONE

Questa sezione rappresenta il vero e proprio *Manuale delle diagnosi infermieristiche*.

La sezione è suddivisa in quattro parti, corrispondenti alle categorie in cui sono collocate le diagnosi:

- Parte prima: Diagnosi infermieristiche per la persona
- Parte seconda: Diagnosi infermieristiche relative a famiglia/convivenza
- Parte terza: Diagnosi infermieristiche di comunità
- Parte quarta: Diagnosi infermieristiche di promozione della salute e di benessere

Le diagnosi infermieristiche sono descritte, innanzitutto, con i tre elementi richiesti da NANDA-I\*:

- Definizione.
- Caratteristiche definenti, segni e sintomi o fattori di rischio della diagnosi.
- Fattori correlati, organizzati in: fisiopatologici, correlati a trattamenti, situazionali e collegati allo sviluppo, che possono favorire o provocare la diagnosi reale.

Altre componenti presenti sono:

- *Nota dell'Autore*, contiene gli elementi per chiarire il concetto e l'uso clinico della diagnosi.
- *Errori nella formulazione della diagnosi*, spiega gli errori di formulazione più comuni e il modo di correggerli.
- *Concetti chiave*, riporta aspetti di letteratura relativi alla diagnosi e agli interventi presentati sotto le voci *Considerazioni generali, pediatriche, correlate alla maternità, geriatriche e transculturali*.

---

\* Le definizioni, le caratteristiche e i fattori che riportano l'indicazione "(NANDA-I)" sono tratti da Herdman T.H. (2012) (a cura di) *NANDA International Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione 2012-2014*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana. Copyright 2012, 2009, 2007, 2003, 2001, 1998, 1996, 1994 by NANDA International. Riproduzione autorizzata da Blackwell Publishing Limited, un marchio John Wiley & Sons, Inc.



# PARTE I

## Diagnosi infermieristiche per la persona



### AFFLIZIONE CRONICA

#### DEFINIZIONE NANDA-I

Ciclico, ricorrente e potenzialmente progressivo modello di tristezza pervasiva vissuto (da un genitore, un caregiver o una persona con malattia o disabilità cronica) in risposta a continue perdite lungo il percorso di una malattia o disabilità.

#### CARATTERISTICHE DEFINENTI

Episodi ricorrenti di tristezza a seguito della perdita di una persona cara o della perdita della normalità in una persona cara a causa di una disabilità

Riferisce la periodica presenza di sentimenti negativi di intensità variabile

Riferisce la presenza di sentimenti che possono interferire con il benessere personale e sociale (NANDA-I)

Autosvalutazione

Rabbia

Confusione

Senso di colpa

Delusione

Senso di impotenza

Frustrazione

Senso di oppressione

Malinconia

Senso di solitudine

Paura

Senso di vuoto

#### FATTORI CORRELATI

##### Situazionali (personali, ambientali)

*Correlata alla perdita cronica della normalità secondaria a una condizione del bambino o dell'adulto presente dalla nascita*

Autismo

Spina bifida

Scoliosi grave

Anemia falciforme

Disturbo psichiatrico cronico

Diabete mellito tipo I

Sindrome di Down

Infezione da HIV

Ritardo mentale

*Correlata a perdite permanenti associate a infertilità*

*Correlata alle perdite crescenti associate a una condizione degenerativa (es. sclerosi multipla, morbo di Alzheimer)*

*Correlata alla perdita di una persona cara*

*Correlata alle perdite associate all'assistenza a un figlio con malattia letale*

#### ■ ■ ■ NOTA DELL'AUTORE

*Afflizione cronica* è stata identificata nel 1962 da Olshansky.

Teel (1991) definisce l'*Afflizione cronica* come uno stato in cui l'assistito prova, o rischia di provare, una tristezza permanente e pervasiva, di intensità variabile, in risposta alla perdita di una persona cara o in risposta al cambiamento psicofisico derivante da un evento o da una condizione o ancora in risposta alle crescenti perdite della normalità di una persona cara. Differisce quindi dalla diagnosi infermieristica di *Lutto* in

(continua)

**■ ■ ■ NOTA DELL'AUTORE (continua)**

quanto quest'ultima è limitata nel tempo e si risolve con l'adattamento dell'assistito alla perdita. La condizione dell'*Afflizione cronica*, sebbene possa variare di intensità, persiste finché la persona con disabilità o con una condizione cronica è in vita (Burke et al., 1992).

L'*Afflizione cronica* può anche accompagnare la perdita di un figlio. Può, inoltre, essere presente in una persona affetta da una malattia cronica che compromette la possibilità di vivere un'esistenza normale (es. paraplegia, AIDS, anemia falciforme).

L'*Afflizione cronica* può essere descritta come un "funerale senza fine" in quanto la condizione di grande tristezza non va incontro a risoluzione (Lindgreen et al., 1992; Northington, 2000).

**■ ■ ■ ERRORI NELLA FORMULAZIONE DELLA DIAGNOSI**

*Afflizione cronica correlata alla recente morte di una sorella*

Con la diagnosi infermieristica di *Afflizione cronica* si identifica la risposta derivante dalle continue privazioni secondarie alla perdita della normalità. La perdita della normalità può dipendere dal fatto che una persona cara si trova in una condizione che rende impossibile una determinata relazione.

Nel corso della vita a una persona può capitare che muoia un genitore, un fratello o una sorella o un figlio. La risposta iniziale può essere il lutto, ma con il passare del tempo è possibile che la persona continui a provare un dolore psicologico pervasivo. Questa risposta può essere rappresentata dalla diagnosi infermieristica di *Afflizione cronica* o di *Lutto complicato*. L'accertamento e l'esame della risposta permettono di differenziare le due diagnosi infermieristiche.

**CONCETTI CHIAVE**

- L'afflizione cronica è una condizione ciclica o ricorrente. È scatenata da situazioni che riportano alla mente le perdite, le delusioni o le paure dell'assistito (Lindgren et al., 1992).
- Poiché i disturbi mentali possono non essere curabili, i familiari dell'assistito possono vivere una condizione di difficoltà che dura per tutta la vita (Eakes, 1995; Mohr, 2007).
- L'afflizione cronica è una risposta di coping da considerarsi normale, a differenza del lutto patologico e della depressione (Burke et al., 1992).
- La risposta alla morte di una persona cara può essere rappresentata dall'afflizione cronica. Per esempio, la morte di una sorella trentenne può provocare una risposta di afflizione cronica.
- Il genitore di un figlio disabile può presentare una risposta iniziale di ansia, di disorganizzazione familiare, di negazione e di lutto a cui segue una stabilizzazione anche grazie alla richiesta di aiuto all'esterno. A differenza di quanto accade nella risposta di lutto rispetto alla morte, nella quale si ottiene una sorta di conclusione, i genitori con *Afflizione cronica* rivivono periodicamente tale risposta (Kearney & Griffin, 2001).
- Quando una persona cara diventa inaccessibile sul piano emotivo o cognitivo, ogni giorno si presentano delle situazioni che richiamano alla memoria la perdita della relazione (Teel, 1991). Molte situazioni (es. giochi, canzoni, feste, vacanze familiari, incontri sociali, matrimoni) possono rievocare il senso di perdita di una relazione nella quale si sperava.
- Mallow & Bechtel (1999) hanno rilevato che le mamme dei bambini disabili tendono a rispondere con l'afflizione cronica mentre i padri con la rassegnazione.
- I genitori di bambini con disabilità dello sviluppo provano gioia e afflizione, speranza e costernazione, rabbia e disperazione (Kearney & Griffin, 2001).

**Accertamento mirato**

Dati soggettivi

**Identificare la presenza delle caratteristiche definenti**

Percezione e coping

Percezione delle capacità del figlio: linguaggio, abilità motorie, socializzazione, cura di sé, malattie pregresse e recenti (Melnyk et al., 2001).

Ostacoli al coping (Melnyk et al., 2001)

Relazioni interfamiliari

Sostegno sociale

Problemi economici o di lavoro

Cambiamenti, fattori di stress in famiglia

**OBIETTIVO**

Prevedere lo sviluppo degli eventi che possono aumentare la tristezza, come evidenziato dai seguenti indicatori:

- espressione di tristezza
- parlare ripetutamente della perdita.

**NOC** Livello di depressione, Coping, Equilibrio dell'umore, Accettazione del proprio stato di salute

**INTERVENTI**

**Fornire informazioni relative all'afflizione cronica**

- Risposta normale
- Attenzione concentrata sulla perdita della normalità
- Non limitata nel tempo
- Ricorrente
- Persistente

**NIC** Guida preventiva alle situazioni critiche, Miglioramento del coping, Ricorso ad altri operatori o servizi, Ascolto attivo, Presenza, Promozione della capacità di ripresa

**R:** Le emozioni legate all'afflizione cronica sono ricorrenti (Gamino, Hogan & Sewell, 2002).

**Incoraggiare l'assistito a condividere i sentimenti che ha provato dal momento in cui si è verificato il cambiamento (es. nascita del figlio, malattia)**

**R:** Molti familiari hanno riferito che parlare apertamente è risultato benefico. I familiari hanno bisogno di sapere cosa aspettarsi in modo da ridurre le crisi che possono presentarsi nel corso della vita (Eakes, 1995).

**Promuovere la speranza (Hockenberry & Wilson, 2009)**

- Avvertire della necessità di promuovere la salute.
- Fornire una guida anticipata per le fasi dello sviluppo (es. pubertà).
- Discutere delle possibili responsabilità di cura di sé correlate all'età.
- Avvertire di non negoziare le attività di cura di sé tra genitori e bambini.

**R:** La speranza orienta ad agire per il raggiungimento di obiettivi (Hockenberry & Wilson, 2009).

**R:** La speranza favorisce i comportamenti che promuovono la salute e il benessere e viceversa.

**Preparare l'assistito alle successive crisi che possono manifestarsi nel corso della vita**

- Incoraggiare, con tatto, a condividere i sogni o le speranze che l'assistito ha perduto.
- Aiutare a identificare i momenti cruciali dello sviluppo che enfatizzeranno la perdita della normalità (es. inizio delle attività sportive, feste tra studenti, primi appuntamenti).
- Spiegare che col passare del tempo i sentimenti potranno variare di intensità, ma che lo stato di afflizione non scomparirà.
- Avvertire l'assistito che queste crisi possono essere simili al primo episodio.

**R:** La presenza empatica che focalizzi i sentimenti permette di ridurre il senso di solitudine (Eakes et al., 1998).

**Incoraggiare l'assistito a partecipare a gruppi di sostegno in cui sono coinvolte altre persone soggette ad afflizione cronica e a esprimere i sentimenti**

- Sottolineare l'importanza dei sistemi di sostegno e delle amicizie.
- Condividere le difficoltà relative a (Monsen, 1999):
  - provare un'incessante preoccupazione
  - trattare il proprio figlio come gli altri bambini
  - continuare a lottare.

**R:** I genitori possono apprendere dagli altri genitori che vivono un'esperienza simile un modello di coping efficace e le modalità di prevenzione dell'isolamento sociale.

**R:** Monsen (1999) ha riferito di avere rilevato nei genitori dei bambini con spina bifida un modello di coping che comprende la capacità di vivere con una preoccupazione costante, di trattare il figlio come gli altri bambini e di mantenersi forti in una situazione di lunga durata.

**Riconoscere ai genitori di essere i caregiver esperti del proprio figlio (Melnyk et al., 2001)**

- Stimolare i genitori a mantenere le loro abitudini.
- Preparare la famiglia al passaggio ad altri servizi sanitari (es. dalla pediatria ai servizi sanitari per adulti).
- Educare i genitori in merito a specifiche procedure.

**R:** Questi interventi promuovono il rispetto e l'orgoglio (Melnyk et al., 2001).

**Mettere in contatto la famiglia con i servizi appropriati (es. assistenza domiciliare)**

**R:** Il counseling è necessario sia all'inizio sia periodicamente.

**Per altri interventi fare riferimento alla diagnosi infermieristica di *Tensione nel ruolo di caregiver***

# SEZIONE 3

## Manuale dei problemi collaborativi

### INTRODUZIONE

Il manuale dei problemi collaborativi presenta 54 problemi collaborativi specifici raggruppati in 9 categorie di problemi collaborativi generali.

Poiché i problemi collaborativi rappresentano una complicanza clinica di cui la persona è a rischio e la cui gestione richiede un approccio medico e infermieristico congiunto, gli stessi sono denominati in termini di *Rischio di complicanze: (specificare)*. Per esempio il problema collaborativo *Rischio di complicanze: ipertensione intracranica* indica che l'assistito è a rischio di aumento della pressione esercitata dal liquido cerebrospinale all'interno dei ventricoli cerebrali o dello spazio subaracnoideo.

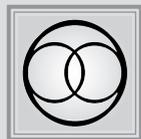
La dicitura *Rischio di complicanze: (specificare)* dovrebbe consentire una maggior chiarezza tra le situazioni cliniche in cui la complicanza è presente, come nel caso di aumentata pressione intracranica, e le situazioni in cui l'assistito è a rischio di aumento della pressione intracranica. La dicitura *Rischio di complicanze* può essere sostituita dall'acronimo RC. Per ogni problema collaborativo generale vengono presentati:

- Definizione
- Nota dell'Autore (discussione relativa al problema stesso al fine di chiarirne l'uso clinico)
- Esami di laboratorio e indagini diagnostiche (accertamenti appropriati per il monitoraggio e referti che indicano la comparsa della complicanza).

Per ogni problema collaborativo specifico (riportati in ordine alfabetico all'interno del relativo problema collaborativo generale) vengono presentati:

- Definizione
- Situazioni ad alto rischio (popolazioni e condizioni in cui è probabile che lo specifico problema collaborativo si presenti)
- Obiettivo infermieristico (responsabilità infermieristiche correlate allo specifico problema collaborativo)
- Interventi generali e razionali che orientano rispetto al monitoraggio da attuare per rilevare precocemente l'insorgenza del problema e agli interventi di prescrizione infermieristica o medica da eseguire per gestire il problema e per valutare i risultati. Le frasi scritte tra parentesi e in corsivo spiegano perché sono presenti determinati segni e sintomi e forniscono la spiegazione scientifica (razionale) degli interventi.

I problemi collaborativi presentanti hanno un'alta incidenza o morbilità e un'elevata correlazione con le diagnosi infermieristiche presentate nella Sezione 2. Per esempio, una persona con diabete mellito può ricevere assistenza in ragione del problema collaborativo *Rischio di complicanze: ipoglicemia/iperglicemia* e della diagnosi infermieristica di *Rischio di inefficace mantenimento della salute correlato a insufficiente conoscenza di (specificare)*. Una persona con calcoli renali potrà presentare il problema collaborativo *Rischio di complicanze: calcolosi renale* e la diagnosi infermieristica *Rischio di inefficace autogestione della salute correlato a insufficiente conoscenza della prevenzione delle recidive, delle restrizioni dietetiche e del fabbisogno di liquidi*.



## RISCHIO DI COMPLICANZE: DISFUNZIONE CARDIACA E/O VASCOLARE

### Rischio di complicanze: disfunzione cardiaca e/o vascolare

Rischio di complicanze: aritmie  
 Rischio di complicanze: edema polmonare  
 Rischio di complicanze: embolia polmonare  
 Rischio di complicanze: emorragia  
 Rischio di complicanze: ipovolemia  
 Rischio di complicanze: riduzione della gittata cardiaca  
 Rischio di complicanze: sindrome compartimentale  
 Rischio di complicanze: trombosi venosa profonda

### DEFINIZIONE

Descrive la persona che è soggetta, o è ad alto rischio di essere soggetta, a diverse disfunzioni cardiache e/o vascolari.

### ■ ■ ■ NOTA DELL'AUTORE

L'infermiere può servirsi di questo problema collaborativo generale nel caso in cui l'assistito sia esposto al rischio di vari problemi cardiovascolari. Per esempio, nel caso di un assistito in terapia intensiva vulnerabile a diverse disfunzioni cardiovascolari, l'uso del problema collaborativo *Rischio di complicanze: disfunzione cardiaca e/o vascolare* orienta gli infermieri a monitorare le condizioni cardiovascolari rispetto a vari problemi identificati in base agli esiti dell'accertamento mirato. Riguardo a queste persone gli interventi infermieristici si concentreranno sull'individuazione e la diagnosi di una funzionalità alterata.

Nel caso di un assistito con una complicanza cardiovascolare specifica, l'infermiere aggiungerà alla lista dei problemi dell'assistito il problema collaborativo specifico e pianificherà gli interventi appropriati per lo stesso. Per esempio, in caso di infarto miocardico acuto le condizioni cardiovascolari dell'assistito devono essere monitorate richiedendo il problema collaborativo *Rischio di complicanze: disfunzione cardiaca e/o vascolare*. Se l'assistito presenta delle aritmie, l'infermiere aggiungerà alla lista dei problemi *Rischio di complicanze: aritmie* assieme a informazioni utili per la gestione infermieristica, per esempio *Rischio di complicanze: aritmie correlate a infarto del miocardio*. Quando i fattori di rischio o l'eziologia non sono direttamente correlati alla diagnosi medica principale, l'infermiere deve comunque aggiungerli, se sono conosciuti, come nell'esempio *Rischio di complicanze: ipoglicemia/iperglicemia correlata a diabete mellito* in relazione a una persona che ha subito un infarto del miocardio.

### ESAMI DI LABORATORIO E INDAGINI DIAGNOSTICHE

- Enzimi cardiaci e proteine (attualmente i valori totali di creatinfosfochinasi [CPK], lattico deidrogenasi [LDH], transaminasi glutamica ossalacetica sierica [SGOT] o transaminasi glutamico piruvico sierica [SGPT] sono scarsamente usati nella valutazione del danno cardiaco. Sono invece utilizzati i valori dei relativi isoenzimi e delle bande muscolari, come la troponina, che risultano elevati in modo attendibile in caso di danno al tessuto cardiaco [es. infarto miocardico acuto])
- Creatinfosfochinasi isoenzimi (es. creatinchinasi isoenzima cardiaco [CK-MB], creatinchinasi isoenzima cerebrale [CK-BB], creatinchinasi isoenzima muscolare [CK-MM])
- Creatinchinasi isoforme (sottoforme CK-MB, CK-MM)
- Latticodeidrogenasi (LDH), isoenzimi
- Mioglobina (troponina)
- Peptide natriuretico cerebrale (BNP) (ormone rilasciato come risposta periferica alla compromissione cardiaca come in caso di infarto miocardico acuto)
- Proteina C-reattiva, P-selectina (marker di infiammazione e necrosi)
- Potassio sierico (si modifica con la terapia diuretica e con la reintegrazione parenterale di liquidi)
- Calcio, magnesio e fosfati sierici
- Conta dei globuli bianchi (aumentati nell'infiammazione)
- Velocità di eritrosedimentazione, o VES (aumentata nell'infiammazione e nelle lesioni tissutali)

- Emogasanalisi, o EGA (la diminuzione della  $\text{SaO}_2$  indica ipossiemia, l'aumento del pH indica alcalosi, la diminuzione del pH indica acidosi)
- Studio della coagulazione (aumento dei tempi di coagulazione nella terapia anticoagulante e/o trombolitica e nelle coagulopatie)
- Emoglobina ed ematocrito (aumentati nella policitemia, diminuiti nell'anemia)
- Ecocardiogramma con o senza prova da sforzo
- Flussometria mediante ecodoppler
- Cateterismo cardiaco
- Ecografia endovascolare
- Studi elettrofisiologici
- Tomografia computerizzata
- Risonanza magnetica nucleare
- Elettrocardiogramma con segnale mediato
- Ecocardiografia con o senza prova da sforzo
- Fonocardiografia
- Scintigrafia
- Tecniche di imaging per l'infarto (es. tomografia a emissione di positroni, PET)
- Angiocardigrafia
- Monitoraggio Holter
- Monitoraggio dinamico della pressione arteriosa

## ► Rischio di complicanze: aritmie

### DEFINIZIONE

Descrive la persona soggetta, o ad alto rischio di essere soggetta, a un disturbo del sistema di conduzione cardiaco che provoca alterazioni della frequenza e/o del ritmo cardiaco.

### SITUAZIONI AD ALTO RISCHIO

- Coronaropatia
- Angina pectoris
- Infarto miocardico acuto (Sindrome coronarica acuta)
- Insufficienza cardiaca congestizia
- Ipo- o iperfunzionalità endocrina
- Sepsì o shock settico
- Ipertensione intracranica
- Squilibrio elettrolitico (calcio, potassio, magnesio, fosforo)
- Cardiopatia aterosclerotica
- Effetti collaterali di farmaci (es. aminofillina, dopamina, digossina, betabloccanti, dobutamina, lidocaina, procainamide, chinidina, diuretici)
- Broncopneumopatia cronica ostruttiva
- Cardiomiopatia, valvulopatia
- Anemia
- Periodo postintervento cardiocirurgico
- Periodo postoperatorio dopo anestesia maggiore
- Trauma
- Apnea nel sonno
- Ipossia
- Ipotermia grave (Edelstein et al., 2009; Woods & Ehrat, 2009)

### OBIETTIVO INFERMIERISTICO

L'infermiere limiterà e gestirà gli episodi di aritmia.

### INDICATORI

Fare riferimento al problema collaborativo *Rischio di complicanze: riduzione della gittata cardiaca*.

### INTERVENTI GENERALI E RAZIONALE

- Monitorare i segni e i sintomi di aritmie:
  - alterazione del ritmo o della frequenza cardiaca
  - palpitazioni, dolore toracico, sincope, fatigue
  - diminuzione della  $\text{SaO}_2$
  - modificazioni elettrocardiografiche
  - ipotensione arteriosa
  - alterazioni dello stato di coscienza

*(Poiché il tessuto miocardico ischemico è instabile dal punto di vista elettrico, possono insorgere delle aritmie. Anche alcune cardiopatie congenite, gli squilibri elettrolitici e diversi farmaci possono essere causa di disturbi della conduzione cardiaca)*