



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO

IL PROCESSO ASSISTENZIALE



A.A. 2023-24

Il processo assistenziale

COSA TRATTEREMO..

- Cosa è un processo assistenziale
- Le fasi del processo assistenziale:
 - Accertamento
 - Ragionamento diagnostico e diagnosi infermieristica
 - Obiettivi dell'assistenza
 - Interventi
 - Attuazione
 - Valutazione dei risultati attesi

- Esercitazione

PER STUDIARE..

✓ Capitolo 5 «Il processo assistenziale» - libro di testo:
Saiani L, Brugnolli A. Trattato di cure infermieristiche. III ED. Sorbona, 2021



Obiettivi

Al termine del corso gli studenti saranno in grado di:

- Descrivere i concetti di ragionamento clinico e ragionamento diagnostico a partire da una visione condivisa del bisogno di assistenza infermieristica
- Approfondire le basi scientifiche, etiche e normative che supportano la necessità di una pianificazione assistenziale documentata in modo chiaro, esplicito e evidente
- Analizzare i concetti di bisogno di assistenza infermieristica e di problema di salute
- Descrivere le fasi del processo assistenziale e l'enunciazione del problema clinico assistenziale (PES)

LA COMPLESSITÀ

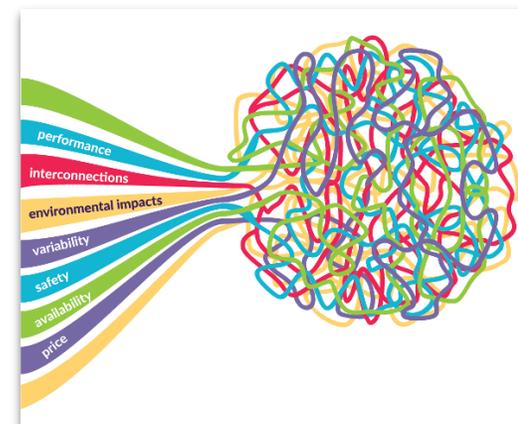
COMPLICATO

(dal latino: *cum plicum* = piegato insieme)



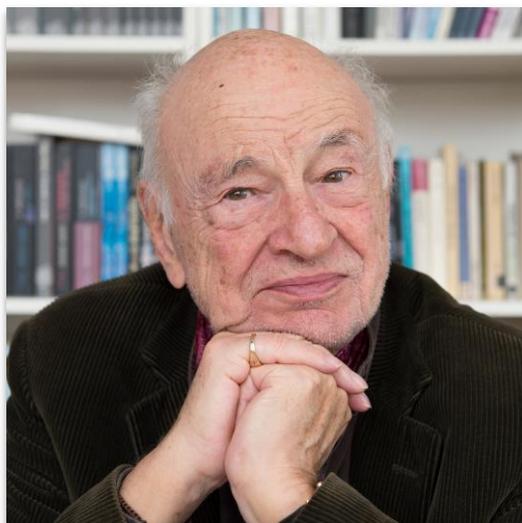
COMPLESSO

(dal latino: *cum plexum* = intrecciato insieme)



LA COMPLESSITÀ

Il principale obiettivo della **teoria della complessità** è di comprendere il comportamento dei sistemi complessi, caratterizzati tanto da elementi numerosi – e diversi tra loro – quanto da connessioni numerose e non lineari.



Edgar **Morin**, filosofo e sociologo francese:
maggior esponente della teoria della complessità

V A R I A B I L I	RELAZIONI				CARATTERISTICHE DELLE RELAZIONI	
		POCHE	MOLTE	MOLTISSIME		
	MOLTE			COMPLESSO		LOCALI E NON LINEARI
			COMPLICATO			LINEARI
	POCHE	SEMPLICE				
		ANALITICO		SISTEMICO/ OLOGRAMMATICO		
	APPROCCIO RISOLUTIVO					

Sistema complesso

È un sistema dinamico a multi-componenti, cioè composto da diversi sotto-insiemi che interagiscono tra loro.

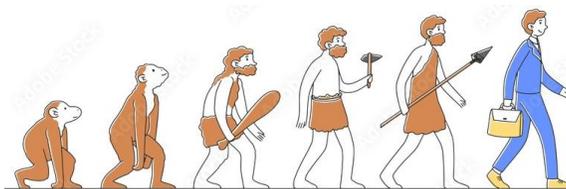
Sistemi complessi adattativi

Sono sistemi complessi in grado di adattarsi e cambiare in seguito all'esperienza.

Sono l'insieme di tanti sottosistemi e/o agenti individuali, che hanno la libertà di agire in modi non sempre totalmente prevedibili e le cui azioni sono tra loro interconnesse così che le azioni di un agente cambiano il contesto per gli altri agenti.

L'essere umano è un sistema adattativo complesso...

...perché è in grado di elaborare informazioni, costruirsi dei modelli e adattarli alla realtà, valutandone l'utilità e quindi adattare se stesso al mondo.



L'assistenza infermieristica è complessa...

...perché bisogna usare il giudizio clinico

nell'erogazione dell'assistenza e delle cure

per rendere i pazienti capaci

di migliorare, preservare o recuperare la salute

e di realizzare la miglior qualità di vita possibile (dalla nascita alla morte)

La complessità assistenziale consiste nella...

...rappresentazione della condizione di autonomia della persona in rapporto al suo problema di salute, determinata dall'interazione di variabili intrinseche ad essa con quelle dell'ambiente in cui è situata, che permette di identificare le necessità assistenziali utili al mantenimento o al recupero del maggior equilibrio possibile.

(2011 - Molinar Min, Montanaro, Rossetto)

Modelli per condurre ACCERTAMENTO



Pianificazione Assistenziale

definire obiettivi, azioni e valutare gli esiti

Problema di salute



MAP

Valutazione della complessità assistenziale e del fabbisogno di risorse

Linee guida

Ragionamento clinico

Ragionamento diagnostico



Processo decisionale



Pianificazione



Il processo assistenziale- PERCHE' E' IMPORTANTE



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO

Che cosa si deve garantire per legge?

Ci sono evidenze in letteratura?

Che cosa è fattibile nei vari contesti con le risorse che si hanno a disposizione?



Il processo assistenziale- PERCHE' E' IMPORTANTE

**Che cosa si deve
garantire per
legge?**

**Profilo
Professionale
DM 739/1994**

**Art 3 - L'infermiere ... identifica i
bisogni di assistenza infermieristica
della persona e della collettività e formula i
relativi obiettivi.**

**Pianifica, gestisce e valuta l'intervento
assistenziale infermieristico.**



Il processo assistenziale- PERCHE' E' IMPORTANTE

**Che cosa si deve
garantire per
legge?**

**Codice
Deontologico
2019**

Art. 1 - Valori

L'Infermiere è il professionista sanitario che agisce in modo consapevole, **autonomo** e **responsabile**. Si pone come **agente attivo** nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza.

Art. 4 - Relazione di cura

Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Il tempo di relazione è tempo di cura.

Il ragionamento clinico in Infermieristica.. Quali prospettive?



Coordinamento Interregionale Corsi di Laurea Infermieristica - Corso di Laurea Infermieristica Pediatrica -
Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche Regione Piemonte e Valle d'Aosta

Ragionamento clinico e linee guida: documento orientativo (versione 24 giugno 2019) a cura del gruppo
ragionamento clinico del Coordinamento Interregionale Corsi di Laurea Infermieristica - Corso di Laurea
Infermieristica Pediatrica - Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche Regione Piemonte e Valle
d'Aosta¹



PROCESSO ASSISTENZIALE O PROCESSO DI NURSING

L'OMS nel '93 definisce il Processo di Nursing

“Un termine applicato ad un sistema di specifici interventi assistenziali per la salute degli individui e delle famiglie e/o comunità. Comprende l'utilizzo del **metodo scientifico per il riconoscimento dei bisogni di salute** del paziente/cliente/famiglia o comunità...”

IL PROCESSO ASSISTENZIALE.. COSA E'?

Approccio sistematico alla pratica infermieristica, che consente di **identificare, prevenire e trattare** i **problemi di salute** reali o potenziali di una persona, di famiglie o comunità.

IL PROCESSO ASSISTENZIALE.. PERCHE'?

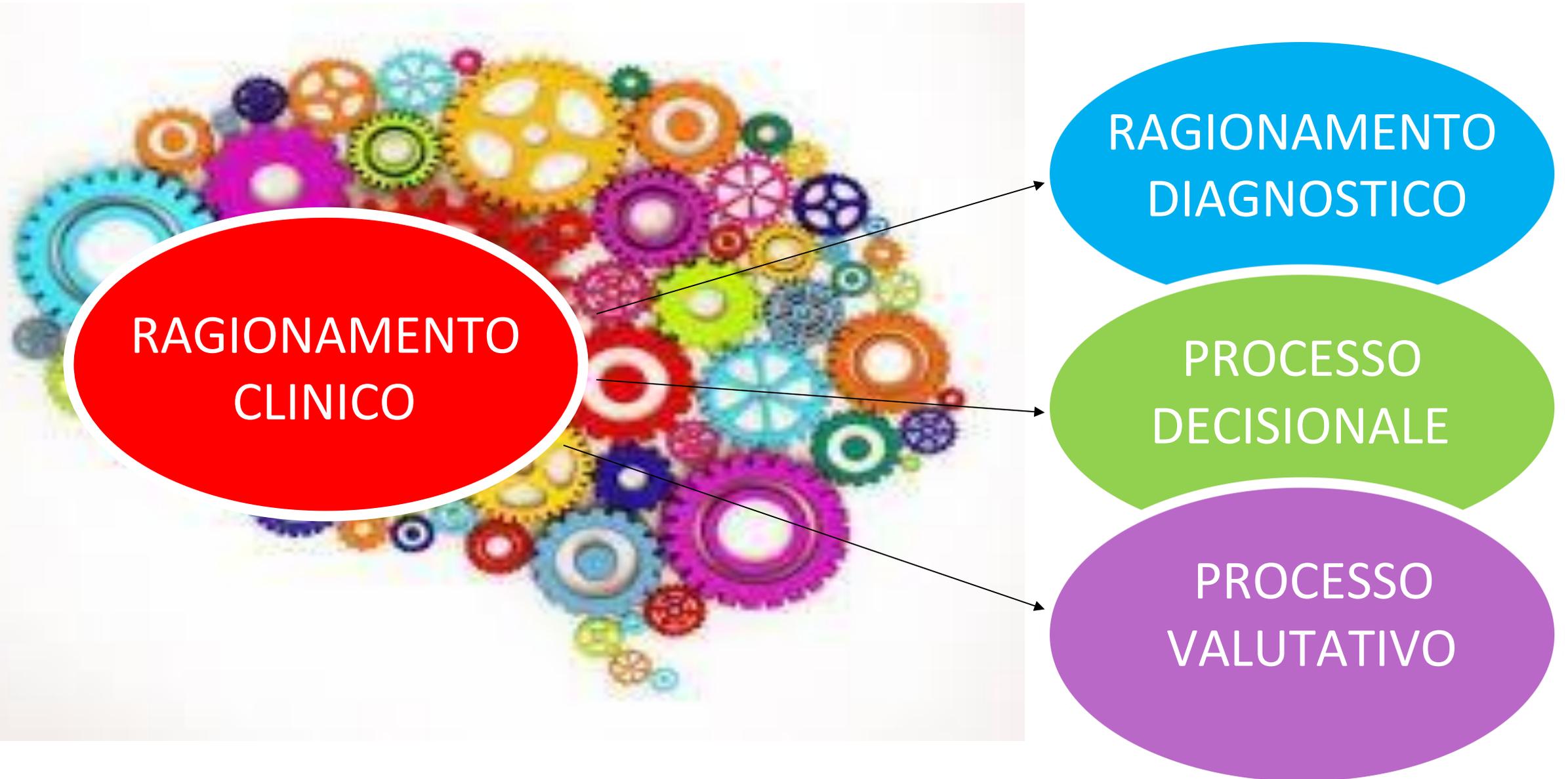
- Promuove **un'assistenza personalizzata**, continua e coordinata
- Aumenta la partecipazione della persona al progetto di cura **favorendone l'autonomia**
- Promuove la **collaborazione** tra i componenti dello staff assistenziale
- Migliora i rapporti costi-benefici
- Aumentare la **gratificazione** professionale.



IL PROCESSO ASSISTENZIALE.. PERCHE'?



I concetti di base





RAGIONAMENTO
CLINICO

PERCHE' PARLARE
DI
RAGIONAMENTO
CLINICO?

Perché è una peculiarità distintiva di un professionista sanitario



«Il **ragionamento clinico** è un processo attraverso il quale infermieri e altri professionisti sanitari giungono alle loro valutazioni (**ragionamento diagnostico**) utili per scegliere (**processo decisionale**) tra più alternative di intervento, quella appropriata»



RAGIONAMENTO CLINICO

RAGIONAMENTO DIAGNOSTICO

PROCESSO DECISIONALE



RAGIONAMENTO
CLINICO

RAGIONAMENTO
DIAGNOSTICO



Procedimento mentale che,
partendo da informazioni
tratte dalla realtà e coniugate
con le proprie conoscenze,
giunge a trarre delle
conclusioni logiche



**RAGIONAMENTO
DIAGNOSTICO**

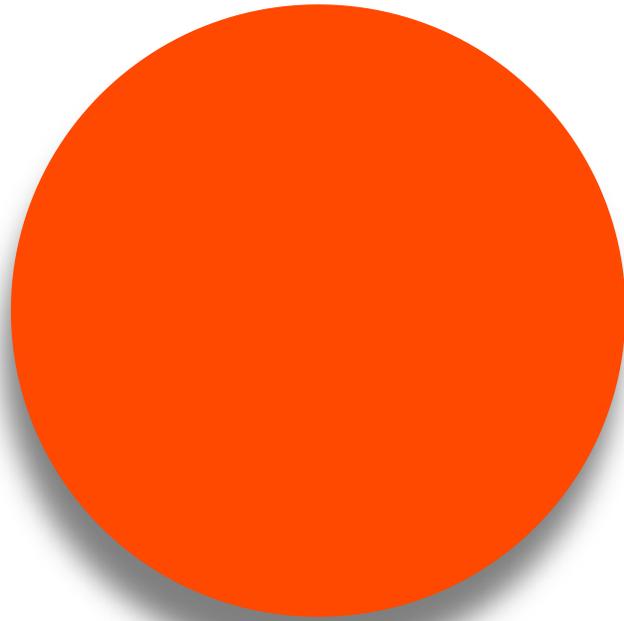
**II BISOGNO DI
ASSISTENZA
INFERMIERISTICA**

Qual è l'oggetto del ragionamento diagnostico dell'infermiere?

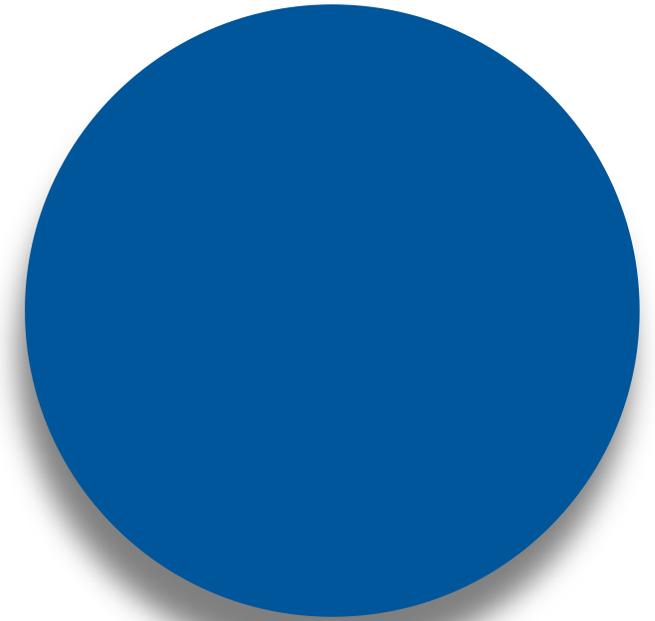


**Bisogno di assistenza
infermieristica**

**Problema
di salute**

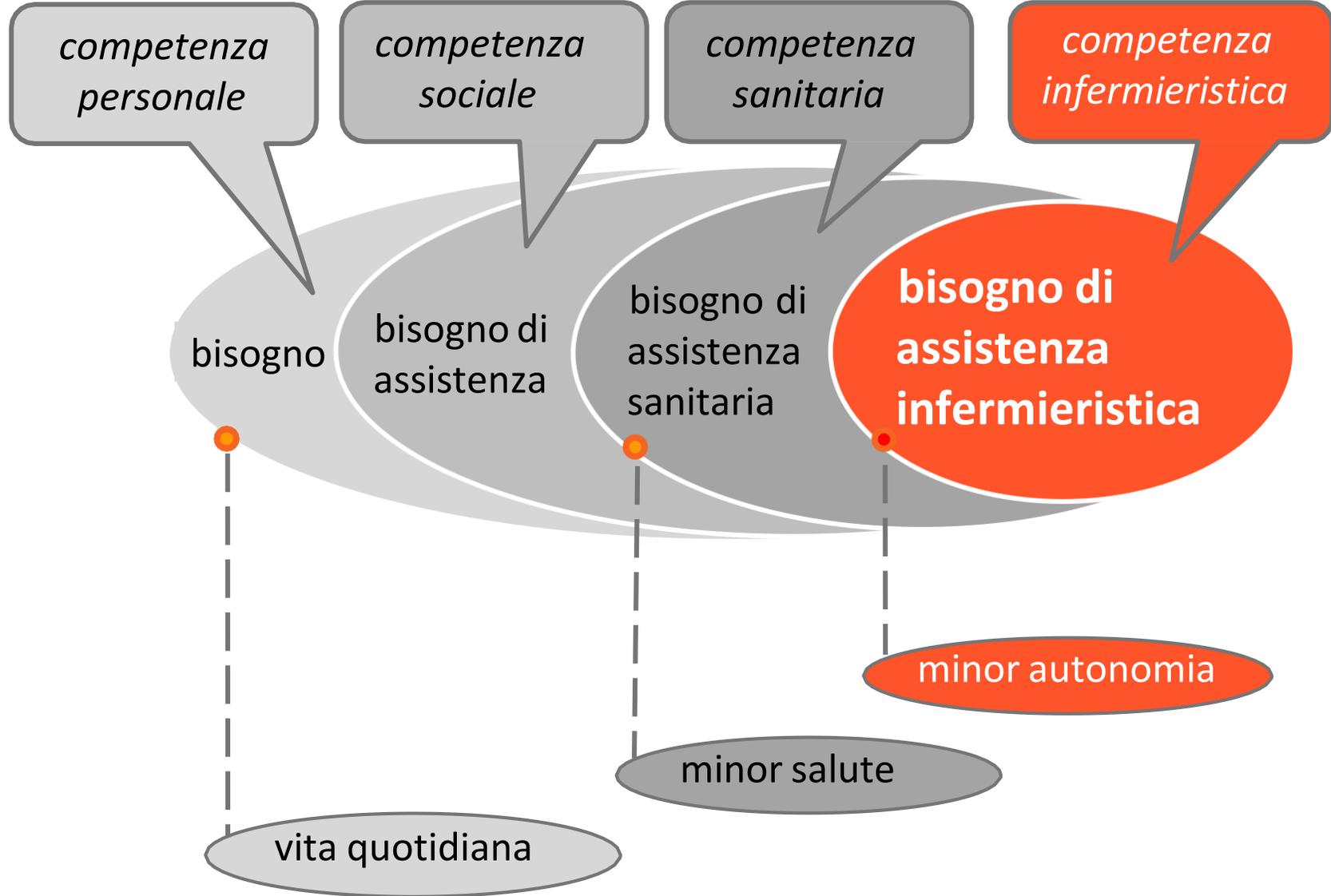


Quali differenze?



Il problema è una situazione di disagio, in cui il soggetto non è capace di soddisfare autonomamente e indipendentemente un bisogno.

RISPOSTA



CONDIZIONE

IL BISOGNO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA



Scaturisce dalla valutazione del livello di **AUTONOMIA** che la persona assistita ha nel soddisfare i propri bisogni fondamentali in relazione al problema di salute, ai trattamenti, alle sue reazioni, alle sue abitudini di vita, agli esiti possibili, al suo contesto sociale, al suo progetto di vita, deducendo il tipo e l'intensità di necessità di aiuto e le competenze professionali e non, necessari per affrontarle.



Valutare i livelli di **AUTONOMIA** significa valutare la capacità della persona in termini di:

IL BISOGNO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

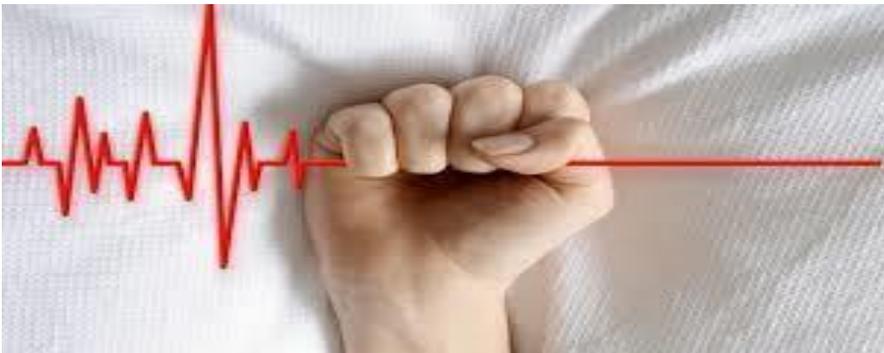


AUTODETERMINAZIONE



AUTOCURA

AUTODETERMINAZIONE



DIMENSIONE INDIVIDUALE: scelta consapevole della persona di intraprendere o di lasciar intraprendere ad altri azioni connesse alle proprie condizioni di salute che hanno ripercussioni sulla propria qualità di vita.

DIMENSIONE SOCIALE: opera di supporto dei soggetti di riferimento della persona assistita (famiglia/*caregiver*), a quelle azioni che essi riescono a sviluppare, in sinergia con l'assistito, per supportarlo nelle sue scelte in rapporto alla qualità della propria vita e alle sue condizioni di salute.

AUOCURA



DIMENSIONE INDIVIDUALE: si riferisce alla cosiddetta cura di sé, cioè a quell'insieme di pratiche, culturalmente situate, che gli individui compiono nella vita quotidiana al fine di mantenere o sviluppare il proprio benessere e il proprio sviluppo adattandole alle proprie condizioni di salute

DIMENSIONE SOCIALE: si riferisce alla cura da parte dei soggetti di riferimento della persona assistita, cioè a quell'insieme di pratiche, culturalmente situate e orientate a mantenere il benessere dell'assistito, che famiglia/caregiver compiono in modo sostitutivo o complementare, adattandole alle abitudini di vita e dalle condizione di salute della persona

**Che cosa si deve
garantire per
legge?**

**Codice
Deontolog
ico 2019**

Art. 17 – Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura

L'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza.

L'Infermiere **informa, coinvolge, educa e supporta** l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per **favorire l'adesione al percorso di cura** e per valutare e attivare le risorse disponibili.



RAGIONAMENTO
CLINICO

PROCESSO
DECISIONALE



La decisione è la scelta di intraprendere un'azione, tra più alternative considerate (opzioni), da parte di un individuo per raggiungere un determinato risultato

COSA MI SERVE PER PIANIFICARE L'ASSISTENZA?

«La cassetta degli attrezzi»

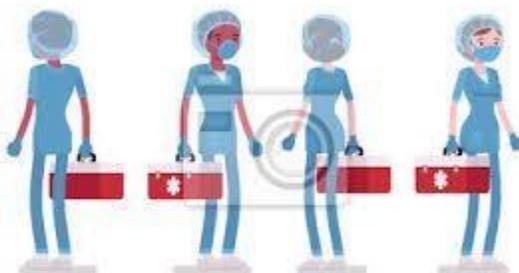
Conoscenze

**Capacità
comunicativa**

Processo assistenziale

**Pensiero
critico**

**Esperienza,
intuito,
curiosità**



LE FASI DEL PROCESSO ASSISTENZIALE



1. ACCERTAMENTO



Raccolta sistematica di una serie di dati sul paziente, per capire come reagisce o potrà reagire ai problemi di salute e per valutare le possibili soluzioni adatte a soddisfare i suoi bisogni.

Quando si esegue l'accertamento infermieristico?



- All'ingresso del paziente in reparto
- Quando variano le condizioni cliniche del paziente o in emergenza
- Dopo aver messo in atto degli interventi, per valutare la loro efficacia
- In generale si esegue **OGNI VOLTA CHE SI ENTRA IN CONTATTO CON IL PAZIENTE**

METODI DELL'ACCERTAMENTO.. COME RACCOLGO I DATI?



- Osservazione
- Esame fisico obiettivo
- Intervista
- Strumenti strutturati: scale e questionari
- Dati di laboratorio e referti diagnostici



TIPOLOGIA DI DATI (Accertamento-Modello)

Dati anagrafici: età, genere, stato civile, indirizzo, tel, occupazione, familiare reperibile e suo recapito, medico di medicina di base e recapiti.

Motivi di accesso alle cure: motivazioni legate alla richiesta di cure, se patologia: dati sui **sintomi** e sulle loro caratteristiche

Anamnesi: funzionamento dell'organismo, malattie pregresse, terapie in corso e pregresse, eventuali **allergie/intolleranze**

TIPOLOGIA DI DATI (Accertamento-Modello)

Stile e ambiente di vita: abitudini e stili di vita rilevanti per i problemi che hanno determinato il ricovero:

Consumo di alcol, tabacco, caffeina, droghe. Sonno, esercizio fisico, alimentazione, eliminazione.

Dati clinici: si rileva la presenza di anomalie funzionali e l'impatto sulla vita del paziente (Modelli)

Capacità intellettuali e sensoriali/deficit

Storia sociale e familiare, relazioni: ruolo del paziente nella famiglia, sul lavoro, nella *vita sociale*. Su quali risorse il paz. può contare (Modelli)

TIPOLOGIA DI DATI (Accertamento-Modello)

Informazioni su emotività, tolleranza allo stress e meccanismi di difesa: risposte comportamentali alla malattia, percezioni del paziente, vissuti

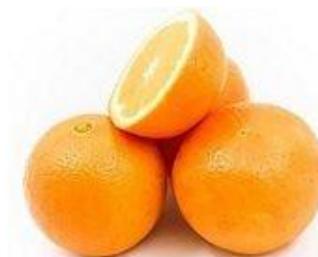
Benessere spirituale, valori e credenze: usi e costumi culturali, credenze e *pratiche religiose*.

(favoriscono il processo di adattamento alla malattia)

Aspettative del paziente: cosa si *aspetta dalle cure*

TIPOLOGIA DI DATI

- E' la raccolta sistematica di dati oggettivi e soggettivi riguardanti il paziente ottenibili attraverso fonti primarie e/o secondarie e organizzati secondo un modello teorico.
- Il DATO è un fatto registrato senza nessun tentativo di metterlo in relazione ad una causa.
- I dati non comprendono interpretazioni o giudizi



DATI OGGETTIVI

Sono detti anche dati evidenti o **SEGNI** (sono **osservazioni o rilevazioni**)

Si possono raccogliere con i cinque sensi o misurare con:

- strumenti durante l'osservazione;
- attraverso test di laboratorio su campioni prelevati dal paziente.

Si raccolgono con
l'esame obiettivo

Esempi di DATI OGGETTIVI

- Frequenza cardiaca
- Colorito cutaneo
- Diuresi
- Pressione arteriosa
- Dati ematochimici
- Referti radiografici
- Postura
- Peso

DATI SOGGETTIVI

Sono detti anche sintomi

Non sono misurabili né osservabili, ma sono informazioni fornite dalla persona o dai caregiver o ricavate da ciò che l'assistito esprime.

Riguardano:

- abitudini di vita
- problemi passati
- problemi presenti
- ambiente di vita
- conoscenze specifiche
- come la persona vive la malattia

Si raccolgono
con l'intervista

ESEMPI DI DATI SOGGETTIVI:

- Dolore
- Senso di vertigine
- Nausea
- Tristezza
- Prurito
- Ansia
- Senso di debolezza
- Paura

FONTI PRIMARIE e SECONDARIE



Fonte primaria:

Persona assistita

Fonti secondarie:

- Familiari
- Altri operatori sanitari
- Documentazione o cartella clinica
- Letteratura

- Utilizzare sempre la fonte più attendibile
- Entrambe possono essere soggettive o oggettive
- Indicare sempre la fonte dalla quale si è tratto il dato registrato

TIPOLOGIE di ACCERTAMENTO (1)

- **Accertamento iniziale o globale:** quadro generale delle condizioni di salute della persona al momento della presa in carico.
(Modelli funzionali di Gordon, il Modello testa- piedi e il Modello dei sistemi corporei.*)
- **Accertamento mirato:** si concentra su un aspetto specifico per definire e valutare l'insorgenza e/o l'evoluzione di un problema. Definito anche continuo o di monitoraggio.
(es: valutazione delle caratteristiche e dimensioni di una lesione da pressione).

TIPOLOGIE di ACCERTAMENTO (2)

- **Accertamento d'urgenza:** si esegue in caso di crisi fisica o psichica di un paziente per evidenziare problemi che possono minacciare la vita (es: pervietà delle vie aeree)
- **Accertamento di follow up:** serve a rivalutare un particolare aspetto o problema del paziente dopo un periodo di tempo, consiste nel confronto fra condizioni attuali e quelle basali (es: la capacità motoria di un paziente colpito da ictus)

L'ACCERTAMENTO **MODELLI**

Consentono di raccogliere i dati sui problemi di salute del paziente, forniscono uno schema, un modo di osservare qualcosa e sono la base per i successivi accertamenti e follow up.

- ❖ **Modello ABCDE**
- ❖ **Modelli funzionali di Gordon**
- ❖ **Modello testa-piedi**
- ❖ **Modello dei sistemi corporei**
- ❖ **Modello assistenziale professionalizzante (M.A.P.)**

OSSERVAZIONE ORGANIZZATA!

Il processo assistenziale- PRIMA FASE



	Assessment	Management
Step 1	A Airway	<ul style="list-style-type: none"> • Is The Airway Clear? • Is The Airway Maintained? • Can The Patient Speak? • Are Their Airway Noises? • Is There Air Movement?
Step 2	B Breathing	<ul style="list-style-type: none"> • Patient Positioning • Suction / Postural Drainage • Consider Airway Manoeuvres • Consider Airway Adjuncts
Step 3	C Circulation	<ul style="list-style-type: none"> • Respiration Rate • SpO² • Respiration Pattern • Chest Symmetry • Accessory Muscles • Patient Colour
Step 4	D Disability	<ul style="list-style-type: none"> • Manual Pulse • Blood Pressure • Colour • Capillary Refill Time
Step 5	E Expose	<ul style="list-style-type: none"> • Patient Positioning
		<ul style="list-style-type: none"> • AVPU • Temperature • Blood Sugar • FAST • Pupils • Pain
		<ul style="list-style-type: none"> • Glucose Supplements • Temperature Management • Pain Management
		<ul style="list-style-type: none"> • Perform Head to Toe Examination, Front And Back
		<ul style="list-style-type: none"> • Manage Abnormal Findings Appropriately

**L'ACCERTAMENTO
IN URGENZA**

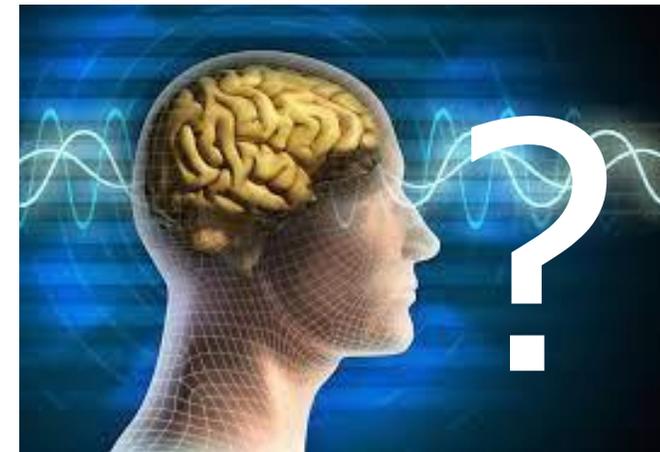
MODELLO ABCDE



Il processo assistenziale- Modello ABCDE

A (AIRWAYS)

Valutazione dello stato di coscienza e vie aeree



		Assessment	Management
Step 1	A Airway	<ul style="list-style-type: none">• Is The Airway Clear?• Is The Airway Maintained?• Can The Patient Speak?• Are Their Airway Noises?• Is There Air Movement?	<ul style="list-style-type: none">• Patient Positioning• Suction / Postural Drainage• Consider Airway Manoeuvres• Consider Airway Adjuncts



Il processo assistenziale- Modello ABCDE

A (AIRWAYS)

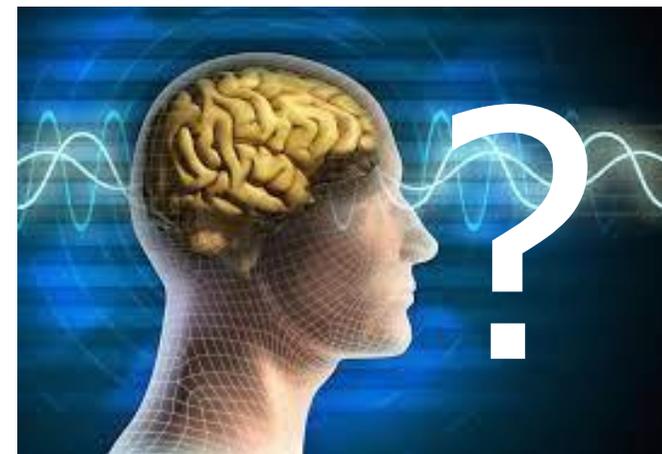
Valutazione dello stato di coscienza e vie aeree

Stato VIGILE o DI COSCIENZA: Il paziente è vigile, orientato, ricorda l'accaduto e risponde alle domande più comuni (come si chiama, dove si trova, che giorno è oggi)

Stato CONFUSIONALE: Il paziente è disorientato nel tempo e nello spazio, ed è incapace di eseguire semplici movimenti a richiesta
Stato SOPOROSO: Lo stato di incoscienza recede con lo stimolo verbale, ma regredisce nuovamente al termine dello stesso

Stato STUPOROSO: Lo stato di incoscienza recede con stimolazioni di tipo doloroso, ma regredisce al termine dell'applicazione degli stessi Stato

COMATOSO: Il paziente non reagisce ad alcun tipo di stimoli (Per la valutazione neurologica più approfondita, si può vedere la classificazione di Glasgow, solo per il personale sanitario)



Il processo assistenziale- Modello ABCDE

B (BREATHING) – Valutazione del respiro



		Assessment	Management
Step 2	B Breathing	<ul style="list-style-type: none">• Respiration Rate• SpO²• Respiration Pattern• Chest Symmetry• Accessory Muscles• Patient Colour	<ul style="list-style-type: none">• Patient Positioning• Oxygen Therapy• Assisted Ventilation

Il processo assistenziale- Modello ABCDE

B (BREATHING) – Valutazione del respiro

La valutazione dell'efficacia della respirazione si attua sostanzialmente attraverso la **frequenza respiratoria**:

EUPNEA, frequenza normale a riposo compresa fra 12 e 20 atti/min

TACHIPNEA, frequenza aumentata maggiore di 20 atti/min

BRADIPNEA, frequenza diminuita minore di 12 atti/min

e il ritmo respiratorio:

- gli atti sono regolari nel tempo e/o se coesistono periodi di apnea?
- ampiezza del respiro (superficiale o profondo)
- presenza di rumori respiratori (rantoli o sibili)

Valutare la presenza di cianosi: indica una situazione di carente apporto di ossigeno ai tessuti periferici.



Il processo assistenziale- Modello ABCDE

B (BREATHING) – Valutazione del respiro

Attenzione a questo particolare acronimo
OPACS



AREU **118**

B Respiro

OPACS

- O** = OSSERVO movimenti del torace
- P** = PALPO (integrità, deformità...)
- A** = ASCOLTO (rumori respiratori: rantoli, fischi...)
- C** = CONTO (Frequenza Respiratoria) < 10 anni > 65 
> 25-30 anni < 65
- S** = SATURAZIONE O₂ < 90 % 



Il processo assistenziale- Modello ABCDE

C (CIRCULATION) – valutazione del circolo



		Assessment	Management
Step 3	C Circulation	<ul style="list-style-type: none">• Manual Pulse• Blood Pressure• Colour• Capillary Refill Time	<ul style="list-style-type: none">• Patient Positioning

Valutazione della **frequenza cardiaca (FC)**

Adulti , di norma, compresa fra 60 e 100 battiti/min

Tachicardia > 100 battiti/min

Bradycardia < 60 battiti/min

Il processo assistenziale- Modello ABCDE

C (CIRCULATION) – valutazione del circolo

Valutazione del **battito cardiaco**

- Ritmico: I battiti cardiaci sono scanditi regolarmente nel tempo, a distanza uguale l'uno dall'altro, l'attività cardiaca è valida e ottimale
- Aritmico: I battiti non sono regolari nel tempo, alternando periodi in cui sono più vicini a periodi in cui sono più distanti;
- Pieno e scoccante: Battiti ben percepibili alla palpazione del polso arterioso, la pressione sistolica è normale o aumentata;
- Debole e filiforme: Battiti difficilmente o poco percepibili alla palpazione del polso arterioso, la pressione arteriosa è bassa.

Valutare anche emorragie, il colorito della cute (rosso intenso, cianotica, pallida etc.) e la sua temperatura (al tatto o meglio con un termometro a infrarossi)

Valutazione della **pressione arteriosa** (PA)

Normotensione 120 e 140 mmHg per la pressione sistolica e tra 70 e 80 mmHg per la diastolica.

Ipertensione > 140/80 mm/Hg

Ipotensione: < 90/60 mm/Hg



Il processo assistenziale- Modello ABCDE

C (CIRCULATION) – valutazione del circolo

Valutazione del **Refill capillare**

Premere con il pollice l'unghia della persona. Il tempo che il letto ungueale impiega per tornare di colore rosa prende il nome di Refill capillare. Indica la vascolarizzazione del microcircolo ed è normale se è inferiore ai 2 secondi. Valutare sempre, a livello della mano, la temperatura e l'eventuale presenza di sudorazione (indici di ipoperfusione periferica)



Il processo assistenziale- Modello ABCDE

D (DISABILITY) – valutazione dello stato neurologico



E (EXPOSURE) – esposizione / valutazione testa – piedi



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO

L'ACCERTAMENTO GLOBALE **MODELLO FUNZIONALE DI GORDON**



Il processo assistenziale -MODELLO FUNZIONALE DI GORDON



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO

1. Modello percezione e gestione della salute



Come la persona percepisce la propria salute

- Inefficace gestione del regime terapeutico
- Inefficace mantenimento della salute
- Inefficace gestione familiare

2. Modello nutrizione e metabolismo



Modello abituale di assunzione di cibi e bevande.
Caratteristiche fisiche che riguardano lo stato nutrizionale

- Allattamento inefficace
- Insufficiente apporto del volume dei liquidi
- Eccessivo apporto del volume dei liquidi
- Nutrizione inferiore al fabbisogno
- Nutrizione superiore al fabbisogno
- Deglutizione compromessa

Il processo assistenziale -MODELLO FUNZIONALE DI GORDON



3. Metabolismo eliminazione



Caratteristiche della funzione urinaria ed
intestinale

- Diarrea
- Incontinenza fecale
- Stipsi
- Eliminazione urinaria compromessa: incontinenza urinaria da sforzo, da urgenza, totale
- Ritenzione urinaria
- enuresi

4. Modello attività e esercizio fisico



Capacità della persona a svolgere le abituali
attività quotidiane, quantità e qualità dell'attività
fisica

- Compromissione della deambulazione
- Compromissione mobilità con la sedia a rotelle
- Compromissione trasferimento dal letto alla sedia a rotelle
- Compromissione della mobilità nel letto

- Compromissione mobilità legata al lavoro
- Compromissione mobilità legata al ruolo familiare
- Compromissione attività sportiva/motoria

Il processo assistenziale-MODELLO FUNZIONALE DI GORDON



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO

5. Modello riposo e sonno

Caratteristiche del sonno e del riposo e percezione della persona rispetto alla percezione del suo sonno

- Disturbo del modello del sonno
- Deprivazione di sonno

6. Modello cognitivo e percettivo

Funzionalità dei cinque sensi, adeguatezza del linguaggio, memoria, percezione del dolore

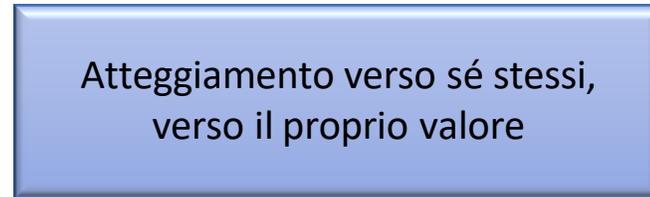
- Disturbo della percezione sensoriale
- Confusione mentale

7. Modello di ruolo e relazioni

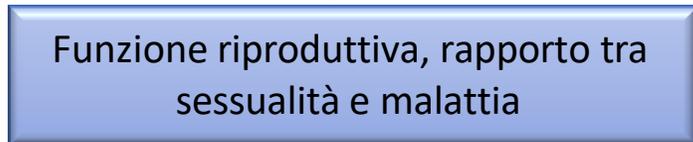
Ruolo della persona nella famiglia, nella comunità, nel lavoro, eventuale dipendenza dagli altri per la malattia

- Compromissione della comunicazione verbale
- Isolamento sociale
- Lutto
- Interruzione dei processi famigliari
- Compromissione ruolo genitoriale

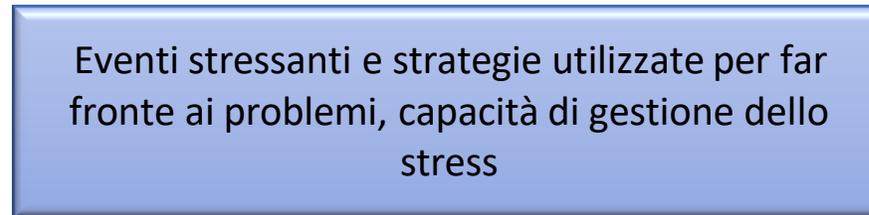
Il processo assistenziale -MODELLO FUNZIONALE DI GORDON



- Affaticamento, ansia, ansia di morte
- Disturbo dell'autostima, scarsa autostima
- Impotenza
- Senso di paura



- Disfunzione sessuale, riproduttiva

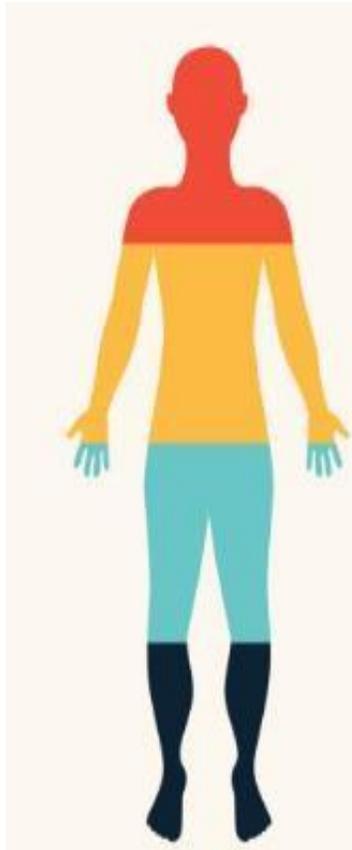


- Compromissione adattamento



- Religione
- Filosofia di vita

L'ACCERTAMENTO GLOBALE MODELLO TESTA-PIEDI



Sistema per raccogliere i dati in maniera organizzata: **inizia dalla testa e procede fino alle dita dei piedi** del paziente.

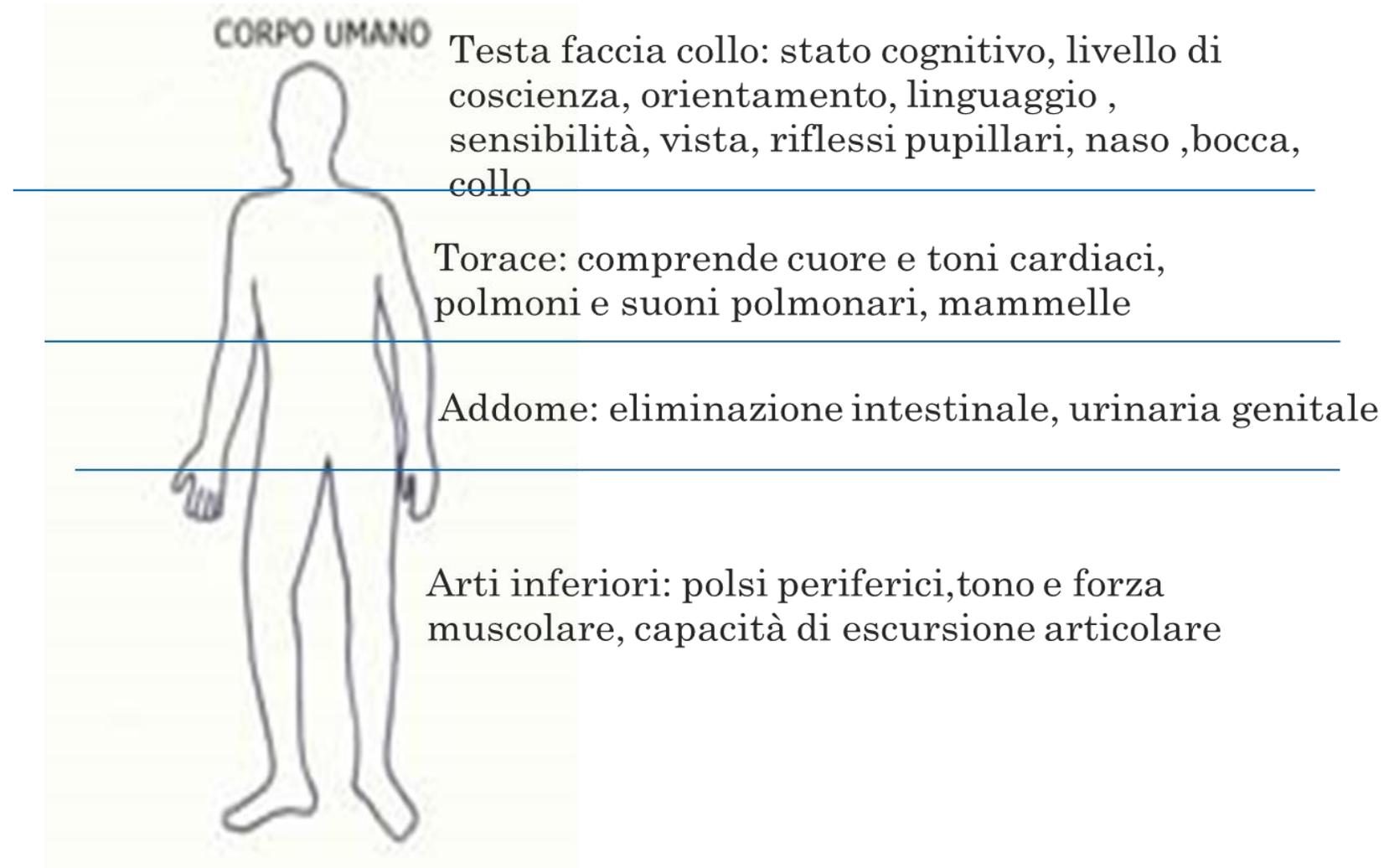
Consente di **non trascurare elementi**, evita che il paziente debba cambiare troppe volte la posizione.

Per ogni parte del corpo deve essere condotta un'attenta analisi al fine di rilevare anomalità o presenza di lesioni.

Il processo assistenziale -MODELLO TESTA-PIEDI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO

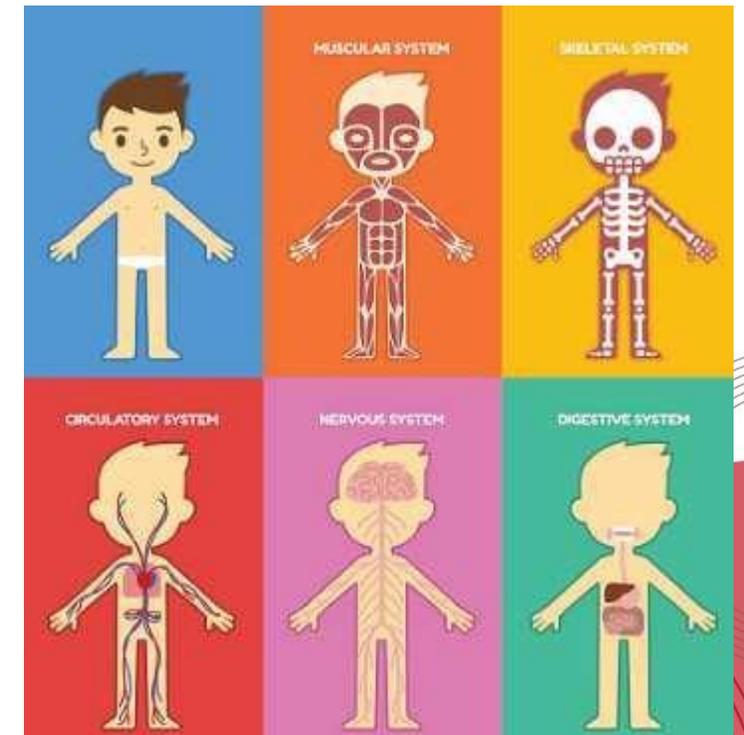


Cute,
capelli,
unghie:
cuoio
capelluto
, turgore
cutaneo,
lesioni
della
cute,
unghie

L'ACCERTAMENTO GLOBALE MODELLO PER SISTEMI CORPOREI

Prevede che la raccolta dei dati venga eseguita sulla base dei sistemi funzionali del corpo.

Viene condotto esaminando separatamente **le strutture di ciascun distretto/apparato corporeo** (tegumentario, cardio-circolatorio, respiratorio, digerente, genito-urinario, nervoso, muscolo-scheletrico).



Il processo assistenziale - MODELLI PER SISTEMI CORPOREI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO

- Respiratorio
- Cardiovascolare
- Muscoloscheletrico
- Gastrointestinale
- Tegumentario
- Endocrino
- Genitourinario
- Riproduttivo
- Neurologico
- Sessuale
- Cognitivo
- Psicosociale

MAP (Metodo Assistenziale Professionalizzante)

Il MAP è un metodo per valutare la complessità assistenziale di un paziente.

Ogni paziente, essendo considerato come sistemi complessi adattativi, può essere “studiato” attraverso:

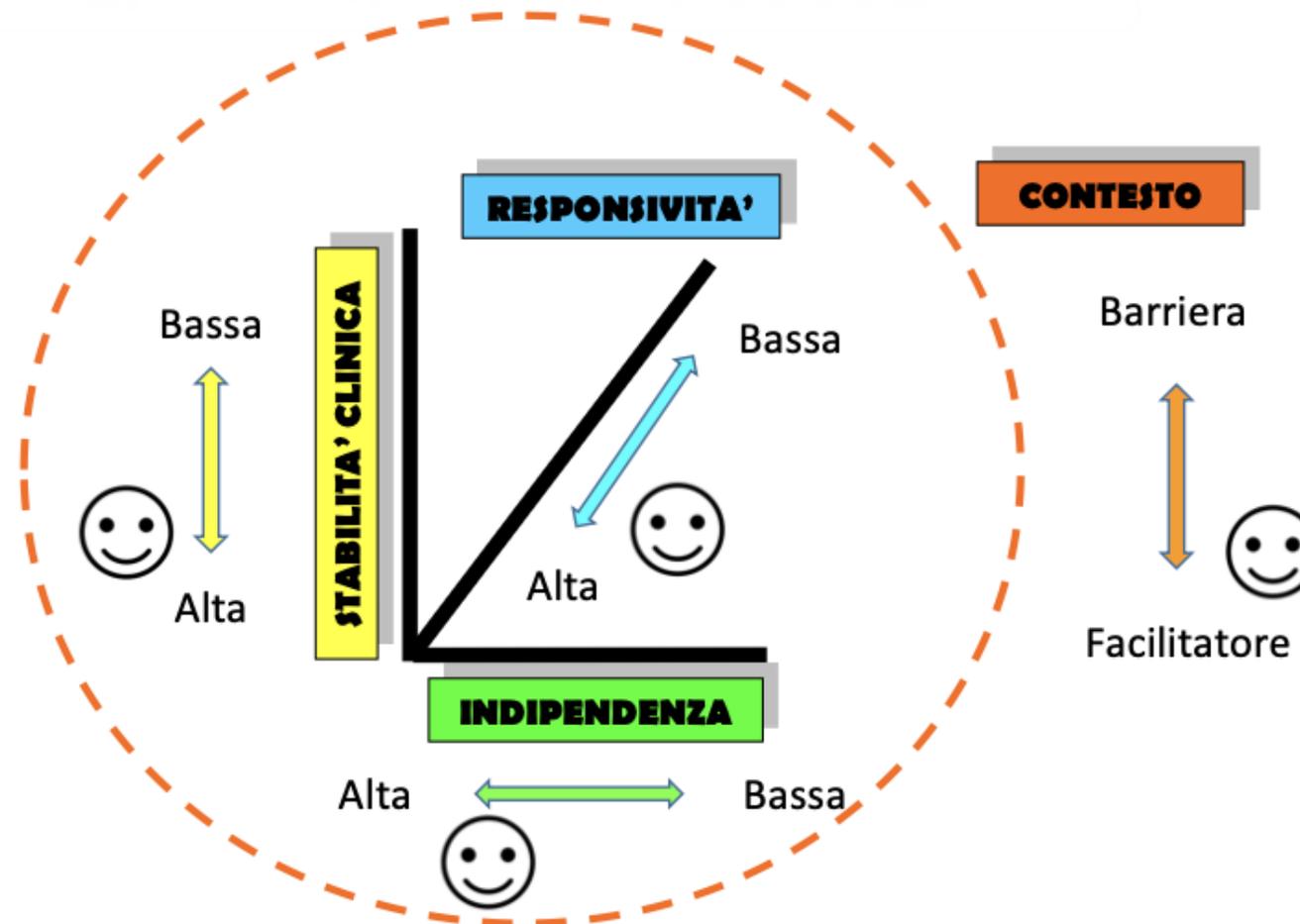
- **3 dimensioni: stabilità clinica, responsività, indipendenza**
- **1 elemento: contesto**

La loro costante interrelazione permette di rappresentare le condizioni del paziente in termini di **livelli di autonomia** nel suo progetto di vita.

Elementi costitutivi MAP

La persona quando è in stato di salute è in una condizione di **equilibrio clinico**, svolge nel suo contesto le proprie attività in modo indipendente ed è in grado di comunicare, comprendere e di decidere cosa è meglio per mantenere tale condizione di equilibrio e autonomia.

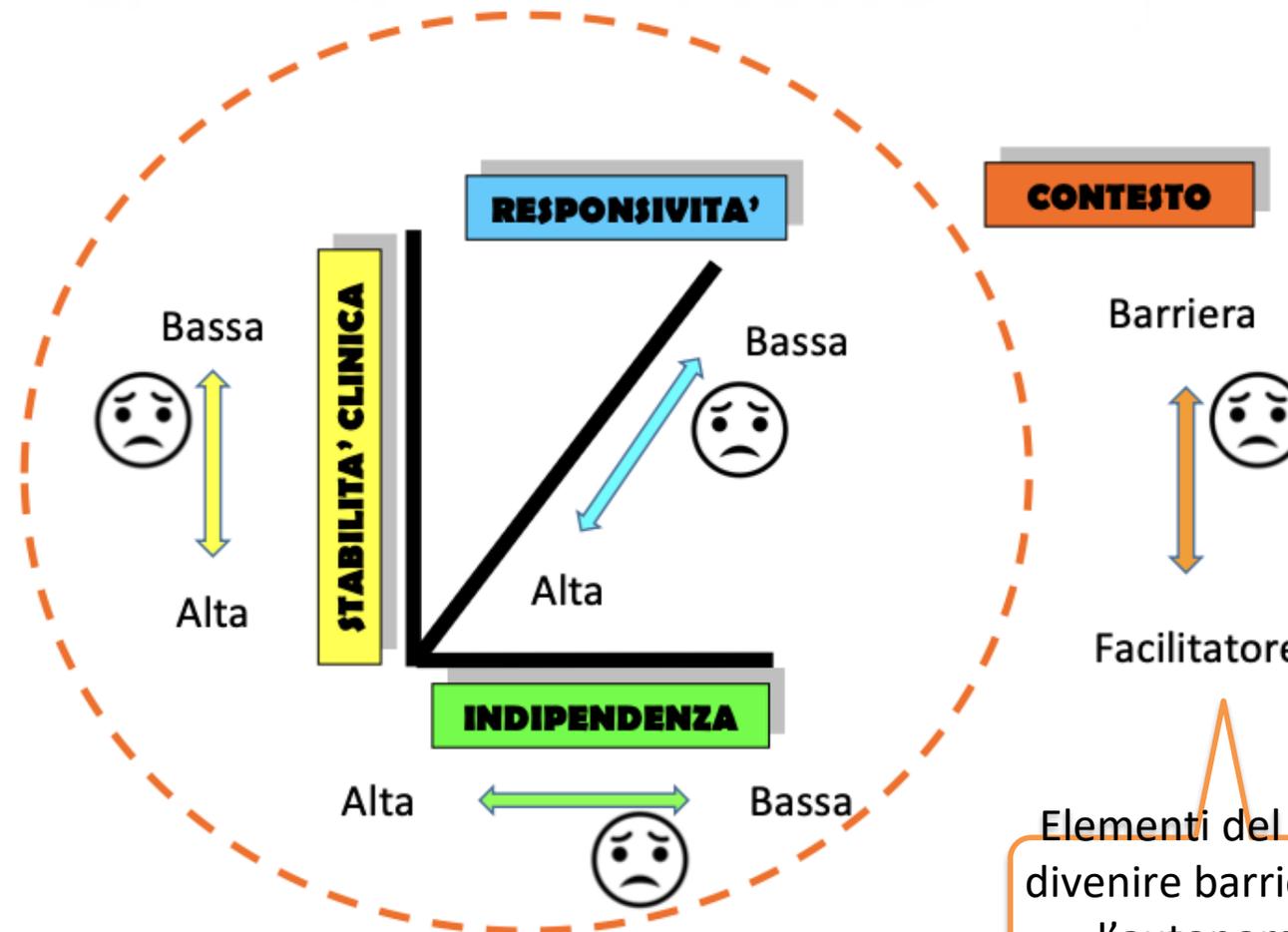
Stato di salute



Elementi costitutivi MAP

Quando la persona ha un problema di salute può perdere, a livelli diversi, sia la capacità di svolgere in modo indipendente certe attività, sia la capacità di comprendere, comunicare o prendere decisioni relative al suo stato di salute, riducendo la propria autonomia

Problema di salute



Elementi del contesto possono divenire barriere ostacolanti per l'autonomia del paziente

14 modalità

**S
T
A
B
I
L
I
T
A
,**

Frequenza cardiaca
Ritmo cardiaco
Pressione arteriosa
Respirazione
Saturazione ossigeno
Temperatura
Glicemia
Dolore
Emesi
Alvo
Diuresi
Cute
Sanguinamenti
Sonno

7 modalità

**R
E
S
P
O
N
S
I
V
I
T
A'**

Coscienza
Orientamento
Ansia
Comunicare
Comprendere
Presa di decisioni
Autocura

7 modalità

**I
N
D
I
P
E
N
D
E
N
Z
A**

Camminare
Igiene
Alimentazione
Movimento a letto
Trasferimento dal/al
letto/sedia
Continenza urinaria
Continenza fecale

24 modalità

**C
O
N
T
E
S
T
O**

Terapia os, inal.,rett....
Terapia SC – IM
Terapia endovenosa
Terapia enterale
Ossigenoterapia
Trasfusione sangue/em
Rilevazione TC
Rilevazione FC – PA
Medicazione ferita
Medicazione L.d.P.
Cannula vascolare
CVC
Catetere peridurale
SNG
PEG/PEJ
Catetere vescicale
Stomia
Aspirazione tracheo-br.
Ventilazione assistita
Preparazione procedure
Esec.proc. diagnostiche
Esec. proc. ch. o interv.
Caregiver
Dimissione

ESERCITAZIONE SULLA RACCOLTA DATI!!
SCARICA APP KAHOOT!
Oppure su www.kahoot.it



ESERCIZIO

Classificate i dati riportati di seguito - Dati soggettivi/oggettivi e Fonte primaria/secondaria

- a) La moglie del paziente afferma che suo marito dorme male
- b) Si nota che il paziente è pallido (L'INFERMIERE VEDE IL P.TE)
- c) L'OSS riferisce che il paziente è pallido
- d) Si palpa il polso del paziente. La frequenza è 84bpm
- e) La signora Botti dice: "Non riesco a dormire"
- f) Il rapporto inf.co dichiara "Il paziente ha un respiro frequente"
- g) L'infermiere del turno notturno riferisce che la temperatura del p.te è di 37°C
- h) Il paziente tossisce
- i) Il paziente afferma di avere freddo
- j) Il paziente zoppica
- k) La diuresi è di 100ml (OSSERVATA DALL'INFERMIERE)
- l) Si tocca la medicazione. E' asciutta (L'INFERMIERE TOCCA LA MED)
- m) Il paziente afferma di non riuscire ad urinare
- n) Auscultando, si rilevano rantoli polmonari
- o) L'anestesista comunica che il polso è debole e filiforme
- p) Si palpa un polso debole e filiforme (RILEVAZIONE DIRETTA)

SOLUZIONE ESERCIZIO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO

Classificare i dati riportati di seguito scrivendo le lettere corrispondenti nell'apposita colonna.

Dati soggettivi/oggettivi e Fonte primaria/secondaria

La moglie del paziente afferma che suo marito dorme male

Si nota che il paziente è pallido (L'INFERMIERE VEDE IL P.TE)

L'OSS riferisce che il paziente è pallido

Si palpa il polso del paziente. La frequenza è 84bpm

La signora Botti dice: "Non riesco a dormire"

Il rapporto inf.co dichiara "Il paziente ha un respiro frequente"

SOGGETTIVO SECONDARIO

OGGETTIVO PRIMARIO

OGGETTIVO SECONDARIO

OGGETTIVO PRIMARIO

SOGGETTIVO PRIMARIO

OGGETTIVO SECONDARIO

L'infermiere del turno notturno riferisce che la temperatura del p.te è di 37°C

Il paziente tossisce

Il paziente afferma di avere freddo

Il paziente zoppica

La diuresi è di 100ml (OSSERVATA DALL'INFERMIERE)

Si tocca la medicazione. E' asciutta (L'INFERMIERE TOCCA LA MED)

Il paziente afferma di non riuscire ad urinare

Auscultando, si rilevano rantoli polmonari

L'anestesista comunica che il polso è debole e filiforme

Si palpa un polso debole e filiforme (RILEVAZIONE DIRETTA)

OGGETTIVO SECONDARIO

OGGETTIVO PRIMARIO

SOGGETTIVO PRIMARIO

OGGETTIVO PRIMARIO

OGGETTIVO PRIMARIO

OGGETTIVO PRIMARIO

SOGGETTIVO PRIMARIO

OGGETTIVO PRIMARIO

OGGETTIVO SECONDARIO

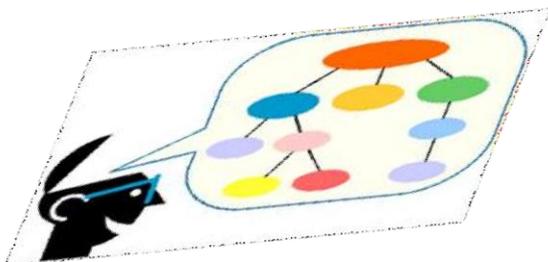
OGGETTIVO PRIMARIO

2. RAGIONAMENTO DIAGNOSTICO e DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

Attività intellettuale (analisi, sintesi, valutazione) in cui si utilizzano capacità di pensiero critico per identificare comportamenti e trarre conclusioni sui dati raccolti (conoscenza, esperienza, capacità riflessive)

E' composto da tre fasi:

1. interpretazione dei dati
2. formulazione e verifica ipotesi
3. definizione della diagnosi/problema



RAGIONAMENTO DIAGNOSTICO (R.D.)

Dalla raccolta dati alla diagnosi, il R.D. si articola in 3 fasi:

1. **Interpretazione e collegamento dei dati** (indizi): dare significato e rilevanza ai dati, confronto con valori normali e abituali della persona o con standard. Assegnare un grado di rilevanza ai dati
2. Formulazione e verifica di **ipotesi**: aggregare segni e sintomi.
3. Definizione del problema e della **diagnosi infermieristica**: risultato del processo diagnostico

IDENTIFICAZIONE DEL PROBLEMA

PROBLEMA

- Per problema s'intende un bisogno specifico non soddisfatto della persona che implica una minaccia reale o potenziale per la sua integrità bio-psico-sociale e per lo stato di salute di cui si occupa l'infermiere
- **Il problema è una risposta umana disadattiva, disfunzionale della persona ad un evento stressante, quale malattia o lesione,**
- quindi l'incapacità della stessa di trovare risposte adattive o compensatorie alle sue necessità.



Il processo assistenziale – IDENTIFICAZIONE DEL PROBLEMA

PROBLEMA

- **PROBLEMA REALE**, è un problema evidente, manifesto che può essere riconosciuto dall'infermiere, dalla persona o da entrambi
Esempi: alterata integrità cutanea mancanza di conoscenze sulla gestione di...
- **PROBLEMA POTENZIALE o DI RISCHIO**, è il problema che l'infermiere individua come possibile causa di modificazione della salute (area della prevenzione)
Esempi: rischio di infezione

TIPOLOGIE DI PROBLEMI INFERMIERISTICHE

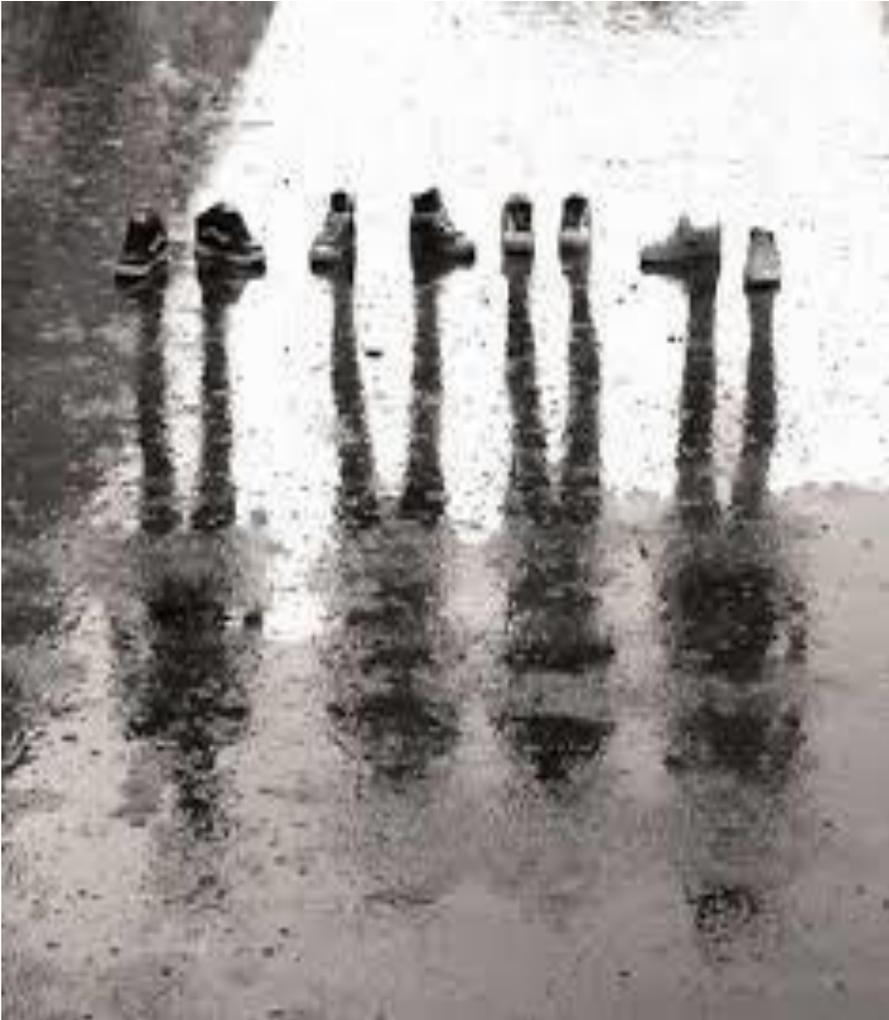


PROBLEMA REALE



PROBLEMA POTENZIALE O DI RISCHIO

PROBLEMA REALE

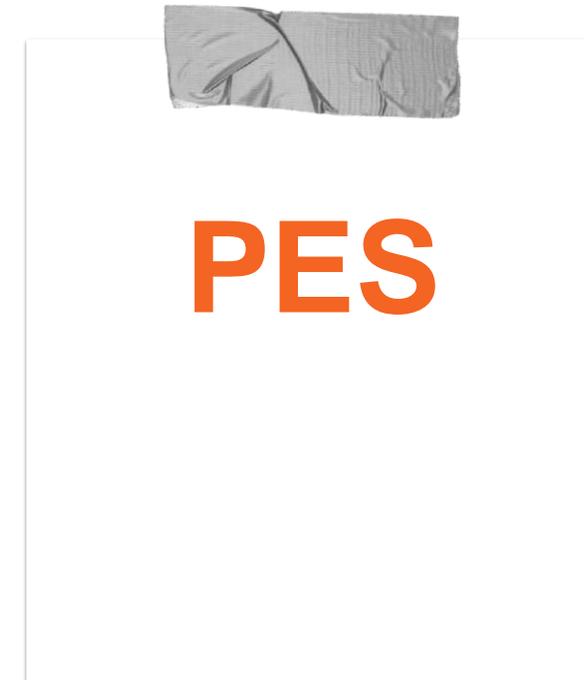


Descrive un **problema esistente** al momento dell'accertamento

Va formulata sulla base dei **segni e dei sintomi** associati
(caratteristiche definenti)

L'assistenza infermieristica si occupa di trattare la/le risposte umane al problema e/o stimolare risposte adattative

ENUNCIAZIONE DEL PROBLEMA CLINICO-ASSISTENZIALE REALE



**E' LO STRUMENTO
PRINCIPALE
DELL'ASSISTENZA**

**SVILUPPA IL
RAGIONAMENTO
CLINICO DELLO
STUDENTE**

**DOCUMENTA
L'APPRENDIMENTO
CLINICO DELLO
STUDENTE IN
TIROCINIO**

Sul piano formativo

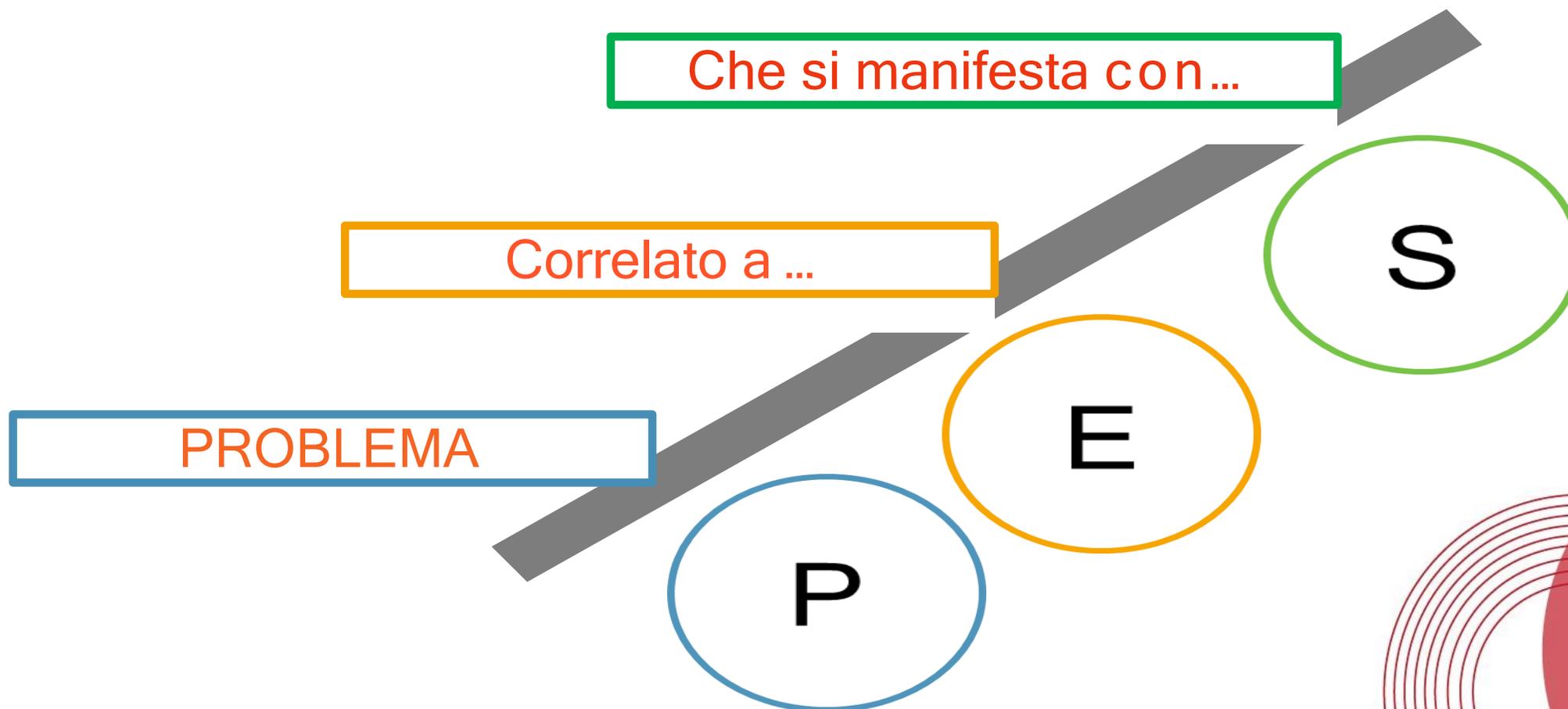
**IL PIANO DI
ASSISTENZA**

**VANTAGGI
DELL'ENUNCIAZIONE DEL
PROBLEMA CON IL**

PES

- E' lo specchio del ragionamento clinico induttivo e deduttivo
- Stimola la ricerca di dati oggettivi e soggettivi
- Consente di comprendere le cause del problema e di pianificare gli interventi assistenziali più appropriati
- Facilita lo svolgersi delle fasi successive del processo infermieristico fino alla valutazione degli esiti attesi

SVILUPPO DEL PES



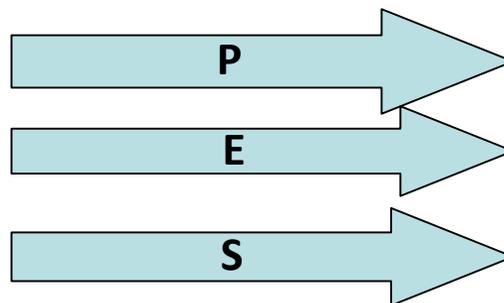
COME SCRIVO IL PROBLEMA?

APPROCCIO P.E.S.

Diagnosi infermieristica = Problema + Eziologia (o causa) + Segni e sintomi

• Esempio:

- Alterata integrità cutanea
- Prolungata immobilità
- Arrossamento persistente
in zona sacrale



Problema

Eziologia (o fattore correlato/causa)

Segni e sintomi



PROBLEMA DI RISCHIO O POTENZIALE

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

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

Obiettivo dell'assistenza è **Prevenire Il Problema:**

Riduzione dei fattori di rischio

Intervenire sull'esposizione ai fattori di rischio

Identificare precocemente il Problema per ridurre le conseguenze



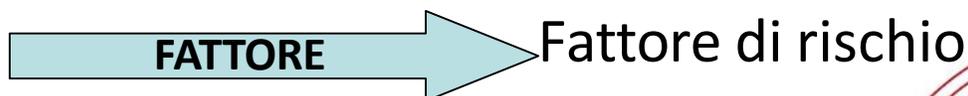
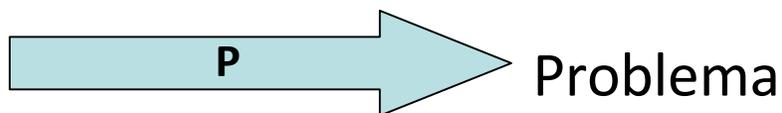
ENUNCIAZIONE DEL PROBLEMA CLINICO-ASSISTENZIALE POTENZIALE

APPROCCIO P.E.

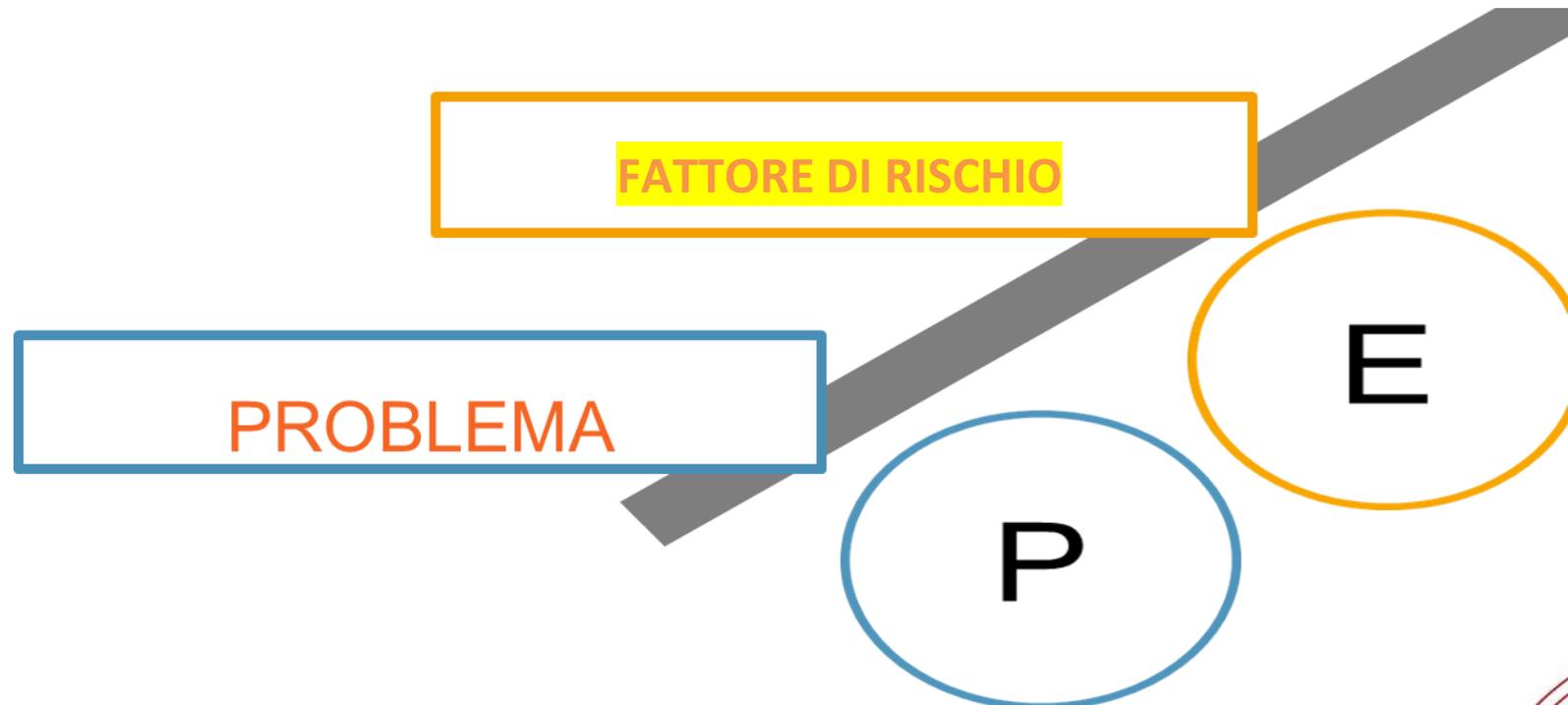
Diagnosi infermieristica = Problema + Eziologia/Fattore di rischio

Esempio:

- Potenziale caduta
- Causato da deficit visivo



SVILUPPO DEL PE



I problemi **di rischio** presuppongono un qualificatore specifico a inizio frase (rischio di)

Problema di rischio
Rischio di inefficace liberazione delle vie aeree Fattori di rischio: laparotomia sovraombelicale, fumo
Rischio di intolleranza all'attività fisica Fattori di rischio: ridotta ossigenazione a livello del muscolo cardiaco, ipotensione
Rischio di insorgenza di lesioni da decubito Fattori di rischio allettamento prolungato, diabetico

ESERCITAZIONE SULL'IDENTIFICAZIONE DEL PROBLEMA
SCARICA APP KAHOOT!
Oppure su www.kahoot.it



ESERCITAZIONE!!

Individuare le enunciazioni dei **PROBLEMI CLINICO-ASSISTENZIALI**
corretti e scorretti

- Nutrizione alterata < al fabbisogno, correlata a disfagia che si manifesta con da perdita di peso e disidratazione
- Insufficienza respiratoria, correlato ad anestesia generale, manifestata da dispnea e tachipnea
- Mobilizzazione ogni 2 ore, per prevenire lesioni da compressione
- Potenziale alterazione dello stato nutrizionale correlata inadeguata alimentazione
- Monitoraggio elettrocardiografico per dolore toracico
- Anemia da sanguinamento
- Alterata integrità della mucosa orale , correlata a prolungato digiuno, manifestata da secchezza delle mucose, screpolature e piccole lesioni labiali
- Elevata glicemia, correlata a diabete
- Necessità di riposare la notte

Molti problemi che l'infermiere riconosce non sono di natura infermieristica.

L'attività infermieristica implica spesso dei rapporti di collaborazione con altre discipline sanitarie.

In questo caso non parliamo di problema infermieristico, ma di

PROBLEMA COLLABORATIVO



**Lynda Carpenito:
Modello Bifocale**



DIAGNOSI STANDARDIZZATE-NANDA

N.A.N.D.A. (North America Nursing Diagnosis Association)

- E' la maggiore associazione americana per la **classificazione delle D.I.**
- E' riconosciuta ufficialmente dall'A.N.A. (American Nurse Association) insieme a:
 - N.I.C. (Nursing Interventions Classification)**
 - N.O.C. (Nursing Outcomes Classification)**

DIAGNOSI INFERMIERISTICHE STANDARDIZZATE N.A.N.D.A.



VANTAGGI

Utilizzo di un linguaggio comune
Facilita l'acquisizione di un metodo diagnostico
Promuove la collaborazione
Favorisce la ricerca

• SVANTAGGI

Possibile incongruenza tra modello concettuale e D.I.
Approccio complesso
Metodo induttivo
Origini culturali e legislative diverse
Rischio di collocare la persona in categorie.
Eccessiva standardizzazione.



DIAGNOSI INFERMIERISTICA (D.I.)

Giudizio clinico sulle risposte di un individuo di una famiglia o di una comunità a problemi di salute reali o potenziali.

Le Diagnosi Infermieristiche costituiscono le **basi su cui si stabiliscono gli interventi infermieristici** finalizzati a conseguire **obiettivi** di cui l'Infermiere è responsabile

(North American Nursing Diagnosis Association-
NANDA International 2003)



DIAGNOSI INFERMIERISTICA (D.I.)

“L’infermiere identifica, per il singolo assistito, diagnosi infermieristiche individualizzate”

“Standard of clinical nursing practice”

A.N.A. American Nursing Association 1998

Identifica una fase del processo di nursing

E' un processo cognitivo che gli infermieri usano per interpretare i dati della persona

E' il risultato finale di tale ragionamento è un'affermazione sullo stato di salute, che identifica bisogni assistenziali della persona assistita

DOVE ERAVAMO RIMASTI?..



PIANIFICAZIONE



- IDENTIFICARE GLI OBIETTIVI E GLI INTERVENTI INFERMIERISTICI
- ELABORARE UN “PIANO DI ASSISTENZA”

3. GLI OBIETTIVI

CHE COS'E' L'OBIETTIVO ?

L'OBIETTIVO E' IL RISULTATO (ESITO) CHE DEVE RAGGIUNGERE LA PERSONA ASSISTITA
(COMPORAMENTO O RISPOSTA MISURABILE)

E VA STABILITO CON

**PERSONA ASSISTITA
FAMILIARI
CARE GIVER**



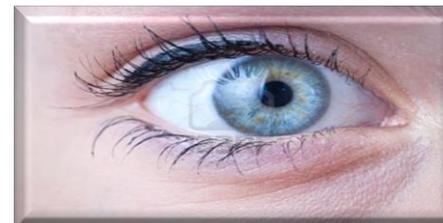
Il processo assistenziale- TERZA FASE

CARATTERISTICHE DELL'OBIETTIVO



REALISTICO

OSSERVABILE



CONDIVISO



MISURABILE

DEFINIBILE NEL TEMPO



ESITO ATTESI

CRITERI OGGETTIVI PER DETERMINARE SE L'OBIETTIVO E' STATO RAGGIUNTO

DEFINIRE

- CHI ?
- CHE COSA?
- CON CHI?
- IN CHE MODO?
- IN QUANTO TEMPO?

PROGRAMMARE LE RISORSE NECESSARIE

Il processo assistenziale- TERZA FASE



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO

L'ENUNCIATO DELL'OBIETTIVO

L'OBIETTIVO DEVE CONTENERE



Un soggetto: un sostantivo che indica la persona o una sua componente organica o una sua proprietà o una caratteristica

Un verbo d'azione: descrive l'evento atteso, che deve essere osservabile, misurabile o percepibile

I criteri di risultato: descrivono la misura esatta del comportamento che deve essere messo in atto, cosa deve essere misurato per valutare gli esiti dell'intervento. Possono specificare quantità, qualità, velocità, distanza....

Il tempo: specificare il tempo entro il quale è realistico raggiungere l'obiettivo

OBIETTIVO - ESITO



Quando parliamo di obiettivi parliamo di esiti attesi perché il contenuto di un obiettivo (di qualsiasi obiettivo) è sempre un esito, un risultato atteso.

Del resto quando parliamo di misurabilità/valutabilità di un obiettivo (anche educativo) presupponiamo obbligatoriamente che si valuti a posteriori il “prodotto osservabile” (cioè l’esito) di un strategia operativa che non si può che configurare come risultato. In altri termini l’obiettivo è un *ex ante* (la stessa etimologia *ob-jectum* lo evoca) mentre l’esito è un *ex post* (la stessa etimologia *exitus* lo sta a significare).

CORRELAZIONE TRA OBIETTIVI E PROBLEMA CLINICO ASSISTENZIALE

PER INDIVIDUARE L'OBIETTIVO ESAMINARE ATTENTAMENTE IL PROBLEMA E CHIEDERSI **QUALE POTREBBE ESSERE LA RISPOSTA ALTERNATIVA E FUNZIONALE**

Esempio

La Sig. Carlotta, anni 82, vive da sola, è vedova. Ha una figlia che lo scorso anno si è trasferita con la famiglia a Roma. E' ricoverata per astenia e disidratazione. Presenta tono dell'umore depresso, cute disidratata, secchezza delle mucose, occhi infossati e all'osservazione si rileva una quantità di urine < 700 ml nelle 24 ore. La signora pesa 50 kg e nelle 24/h ha assunto 500 ml di acqua. Bilancio entrate-uscite negativo (- 200).

Scrivete il Problema e definite l'Obiettivo/Esito



CORRELAZIONE TRA OBIETTIVI E PROBLEMA CLINICO ASSISTENZIALE

PER INDIVIDUARE L'OBIETTIVO ESAMINARE ATTENTAMENTE IL PROBLEMA E CHIEDERSI **QUALE POTREBBE ESSERE LA RISPOSTA ALTERNATIVA E FUNZIONALE**

Esempio

PROBLEMA

Insufficiente volume di liquidi (Disidratazione) correlata ad astenia e tono dell'umore depresso

che si manifesta con bilancio entrate-uscite negativo(-200), urine < 700 ml nelle 24 ore, assunzione di liquidi 500/ml/24h, cute disidratata, secchezza delle mucose, occhi infossati, PAO 100/80, F.C. 100 battiti/min.

OBIETTIVO/ESITO????

L'assistito nelle 24h/48 ore avrà una FC = > 100 batt./min, PAO =>100/80 e il bilancio idrico sarà in pareggio.

La cute avrà consistenza elastica, mucose idratate entro una settimana.

CORRELAZIONE TRA OBIETTIVI E PROBLEMA CLINICO ASSISTENZIALE

PER INDIVIDUARE L'OBIETTIVO ESAMINARE ATTENTAMENTE IL PROBLEMA E CHIEDERSI **QUALE POTREBBE ESSERE LA RISPOSTA ALTERNATIVA E FUNZIONALE**

Esempio

PROBLEMA

Solitudine, correlata a isolamento prolungato, perdita del sostegno sociale della famiglia e da un lutto significativo che si manifesta con tono dell'umore depresso, apatia e mancanza di iniziativa e dall'affermazione che la vita non ha senso senza i suoi nipoti.

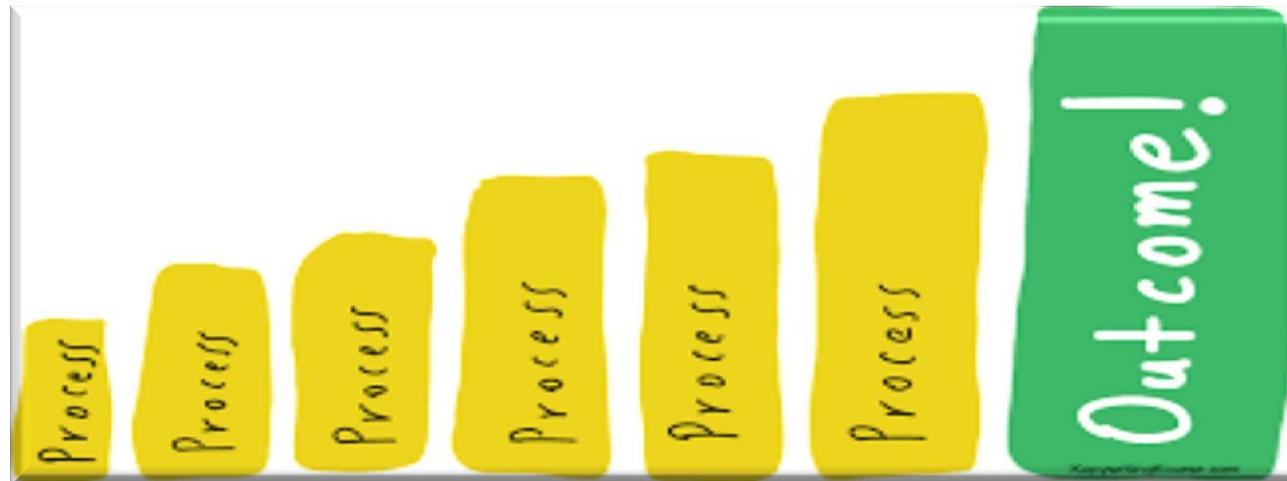
OBIETTIVO/ESITO

La persona esprimerà aspettative positive e prenderà decisioni per il suo futuro entro la dimissione

NOC

Nursing Outcomes Classification

Classificazione NOC dei risultati infermieristici, misurazione dei risultati di salute



L'edizione del 2020 presenta delle importanti novità; in questa edizione sono presenti 540 risultati NOC

4. GLI INTERVENTI

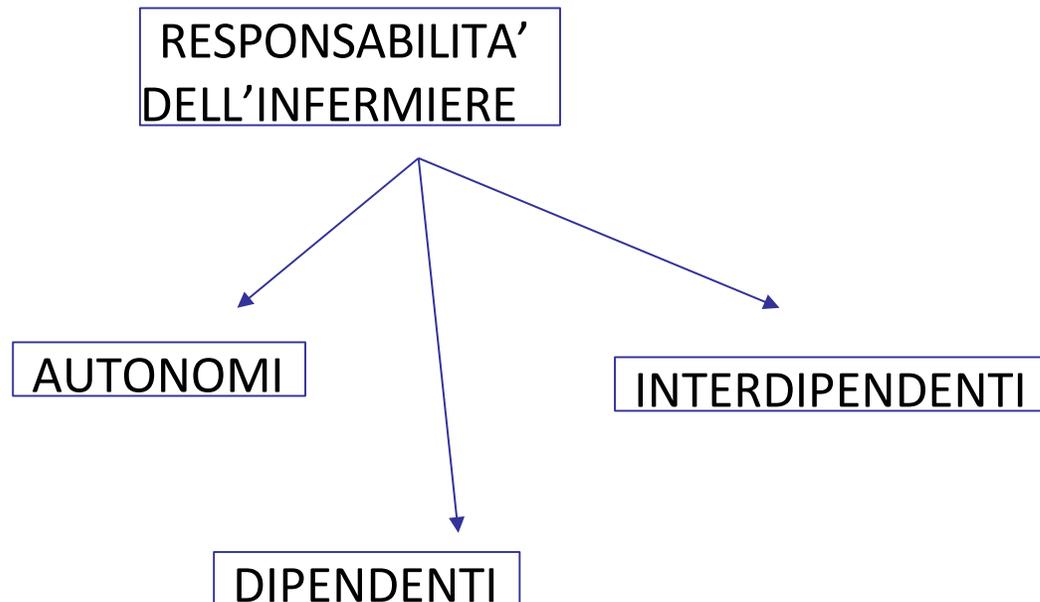
Un intervento infermieristico è un “qualsiasi trattamento basato sul giudizio clinico e sulle conoscenze cliniche che un infermiere **mette in atto per raggiungere i risultati** definiti per e con l’assistito”.



Il processo assistenziale- QUARTA FASE

GLI INTERVENTI

CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI



FINALITA' E NATURA

- Monitoraggio e vigilanza
- Prevenzione
- Soluzione o cura
- Educativi
- Di supporto emotivo
- Sull'ambiente Tecnici
- Di supporto sulle ADL

NIC

Nursing Interventions classification



Classificazione complessiva standardizzata degli interventi infermieristici.
Sviluppata da un gruppo di ricerca dell' Università dello Iowa, descrive le attività di assistenza diretta svolte dagli infermieri.
Include **514** interventi che gli infermieri attuano a beneficio degli assistiti.

Il processo assistenziale- QUARTA FASE

Judith M. Wilkinson
Laurie Barcus



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO

**Diagnosi
infermieristiche
con NOC e NIC**

Seconda edizione

NOC e NIC



CASA EDITRICE AMBROSIANA

**Che cosa si deve
garantire per
legge?**

**Codice
Deontologico
2019**

Art. 10 – Conoscenza, formazione e aggiornamento

L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, **il pensiero critico**, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività.

5. ATTUAZIONE

FASE DEL PROCESSO INFERMIERISTICO

IN CUI L'INFERMIERIE **METTE IN ATTO** LE AZIONI NECESSARIE PER RAGGIUNGERE
GLI OBIETTIVI
PER IL RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI PREFISSATI



Il processo assistenziale- QUINTA FASE



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO

**Che cosa è fattibile
nei vari contesti
con le risorse che
si hanno a
disposizione?**

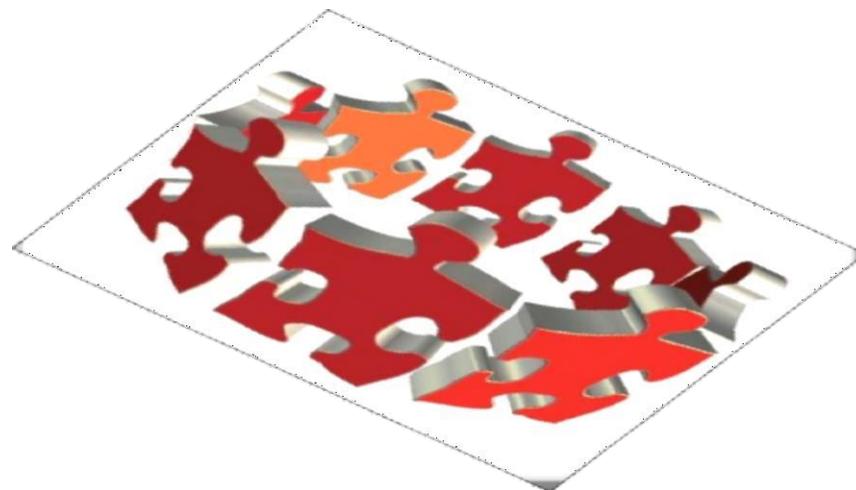
**ORGANIZZAZIONE
DELLE RISORSE**



**UMANE
STRUMENTALI
STRUTTURALI
MODELLI ORGANIZZATIVI**

6.VALUTAZIONE

**FASE IN CUI SI STABILISCE SE LE TAPPE RECEDENTI SONO STATE EFFICACI,
ESAMINANDO LE RISPOSTE DEL PAZIENTE E CONFRONTANDOLE CON STANDARD
DI RISULTATO CHE SI ERANO PREFISSATI**





6.VALUTAZIONE

E' UN PROCESSO CONTINUO

Si svolge durante tutto il processo



E' UN PROCESSO FINALE

Raggiungimento degli obiettivi prefissati



Il processo assistenziale

IL PIANO DI ASSISTENZA

Documento scritto

DIAGNOSI
OBIETTIVI/ESITI
INTERVENTI
VALUTAZIONE



Il piano di assistenza identifica e coordina le risorse

Permette la continuità assistenziale

Favorisce il passaggio delle informazioni tra un turno e l'altro



Il processo assistenziale- PERCHE' E' IMPORTANTE

Che cosa si deve garantire per legge?

**Determinazione
Direzione Sanita'
Regione
Piemonte
497/2012**

Inquadramento clinico

Deve essere indicata la motivazione del ricovero, l'anamnesi, l'esame obiettivo, le ipotesi diagnostiche, l'elenco dei problemi attivi, **la pianificazione del processo di cura.**

Decorso del ricovero e processo di cura

Il ricovero necessita di una programmazione e **pianificazione** che va costantemente aggiornata secondo il percorso diagnostico-terapeutico da eseguire.

Tra i documenti deve essere sempre redatta la:

CARTELLA INFERMIERISTICA /OSTETRICA



Il processo assistenziale- PERCHE' E' IMPORTANTE

**Che cosa si deve
garantire per
legge?**

**Determinazione
Direzione Sanita'
Regione
Piemonte
497/2012**

CARTELLA INFERMIERISTICA /OSTETRICA

Strumento integrante della cartella clinica dove viene documentata tutti i giorni, per ogni paziente la **pianificazione e l'esecuzione dell'attività infermieristica/ostetrica** e contiene:

- l'identificazione dei bisogni
- la formulazione degli obiettivi
- la pianificazione delle azioni
- il diario infermieristico/ostetrico
- la valutazione dei risultati



Il processo assistenziale- PERCHE' E' IMPORTANTE

Che cosa si deve garantire per legge?

**Legge n
24/2017
(Legge Gelli)**

Provvedimento che utilizza l'espressione "esercente le professioni sanitarie" (e non il termine infermiere) e cambia radicalmente quella che è la **responsabilità infermieristica**.

Emerge un cambiamento per quanto riguarda la gestione del risk management.

Sono maggiori il coinvolgimento e l'implemento delle responsabilità. Il che porta gli infermieri ad aggiornarsi sempre di più sulla **gestione del rischio clinico**.

Di fondamentale importanza è l'art. 5 della riforma, che stabilisce come gli esercenti le professioni sanitarie debbano **attenersi alle pratiche clinico-assistenziali e alle raccomandazioni previste dalle linee guida**.

IN SINTESI.. I DESCRITTORI METODOLOGICI



Coordinamento Interregionale Corsi di Laurea Infermieristica - Corso di Laurea Infermieristica Pediatrica -
Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche Regione Piemonte e Valle d'Aosta

**Ragionamento clinico e linee guida: documento orientativo (versione 24 giugno 2019) a cura del gruppo
ragionamento clinico del Coordinamento Interregionale Corsi di Laurea Infermieristica - Corso di Laurea
Infermieristica Pediatrica - Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche Regione Piemonte e Valle
d'Aosta¹**

Prendere atto
del QUADRO CLINICO
iniziale

Consultare documentazione clinica,
confrontarsi con altri professionisti, valutare le
reazioni della persona rispetto all'esperienza
che sta affrontando

Prendere atto
del QUADRO PERSONALE
iniziale

Osservare e ascoltare la persona assistita e/o le
persone di riferimento, rilevare informazioni relative
agli stili di vita, alle aspettative e al progetto di vita

Identificare la possibile
esistenza di un
QUADRO ASSISTENZIALE
STANDARD

Ricerca, aggregare informazioni e attribuire
significato in relazione alle specifiche
conoscenze sul problema/i di salute

Valutare i livelli di
AUTONOMIA della
persona e identificare il
BISOGNO DI ASSISTENZA
INFERMIERISTICA

Sulla base di specifiche conoscenze ricercare, aggregare
informazioni e attribuire significato per valutare le
capacità di AUTOCURA (dimensione individuale e
dimensione sociale) e AUTODETERMINAZIONE
(dimensione individuale e dimensione sociale)

Definire gli ESITI ATTESI

Descrivere quale livello di autonomia in termini di autocura e autodeterminazione si pensa possa esser raggiunto dalla persona e/o dalle persone significative tenendo conto dello stato di salute e della prognosi, dei trattamenti proposti, delle sue reazioni, delle abitudini di vita, del contesto sociale, del progetto di vita della persona assistita.

Programmare le
ATTIVITA' STANDARD
necessarie

Consultare il/i piano/i standard dello specifico/i del contesto assistenziale , linee guida, buone pratiche.....

Programmare le
ATTIVITÀ
PERSONALIZZATE
necessarie

Tenere conto delle evidenze di efficacia degli interventi e degli aspetti di contestualizzazione etici e deontologici

Valutare le **ATTIVITÀ ATTRIBUIBILI** al personale di supporto o che richiedono altre professionalità

Tenere conto della complessità della persone delle competenze necessarie

Valutare e rivalutare i **LIVELLI DI AUTONOMIA** raggiunti

Mantenere un processo valutativo ricorsivo della capacita di autocura e autodeterminazione sia nella dimensione individuale sia nella dimensione sociale

Il processo assistenziale



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO

