

INTRODUZIONE.....	1
CAPITOLO 1 – LE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE	
INTESTINALI.....	3
1.1 Definizione.....	3
1.2 Epidemiologia	4
1.3 Patogenesi.....	6
1.4 Sintomatologia	8
1.5 Complicanze	11
1.6 Trattamento.....	12
CAPITOLO 2 – LA NUTRIZIONALE ARTIFICIALE.....	15
2.1 Nutrizione parenterale	16
2.2 Nutrizione enterale	17
2.3 Gestione infermieristica alla nutrizione enterale e parenterale	18
CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI: IL PIANO DI ASSISTENZA	
INFERMIERISTICO	21
3.1 Processo di nursing.....	21
3.2 Il piano di Assistenza Infermieristica per la persona affetta da malattia infiammatoria cronica intestinale (MICI).....	26
3.2.1 Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico.....	28
3.2.2 Rischio di Infezione	32
3.2.3 Diarrea.....	36
3.2.4 Rischio di integrità cutanea compromessa	40
3.2.5 Interazioni sociali compromesse.....	44
3.2.6 Disturbo dell'immagine corporea	48
3.2.7 Dolore cronico	52
3.2.8 Nausea.....	58
3.2.9 Ansia	63

3.2.10 Rischio di squilibrio elettrolitico.....	67
3.2.11 Rischio di motilità gastrointestinale disfunzionale	71
3.2.12 Modello di sonno disturbato.....	74
3.2.13 Rischio di autostima cronicamente scarsa.....	78
CONCLUSIONI	82
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	

INTRODUZIONE

Le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI), che includono principalmente il Morbo di Chron e la Colite Ulcerosa, costituiscono una sfida significativa per il sistema sanitario a causa della loro natura cronica e delle complicanze che spesso insorgono nel loro decorso. Queste malattie, oltre a compromettere la qualità di vita dei pazienti, richiedono un approccio multidisciplinare per la gestione dei sintomi e delle loro complicanze.

A livello globale, si stima che le MICI colpiscono circa 7 milioni di persone con circa 250.000 casi in Italia. L'incidenza stimata è di 10-15 nuovi casi ogni 100.000 abitanti all'anno, mentre la prevalenza varia tra lo 0,2%-0,4%. Negli ultimi dieci anni, i casi sono aumentati notevolmente, e si prevede un incremento della prevalenza del 30%-40% nei prossimi dieci anni (Osservatorio malattie rare, 2024).

In Italia, il Morbo di Chron colpisce circa 150.000 persone, con una diagnosi che avviene più frequentemente tra i 20 e i 30 anni. La colite ulcerosa, invece, colpisce circa 100.000 individui (Osservatorio malattie rare, 2024).

Uno degli aspetti più critici nella gestione delle MICI riguarda la nutrizione in quanto le alterazioni metaboliche, le difficoltà di assorbimento dei nutrienti e la ridotta capacità di alimentarsi per via orale, spesso a causa di sintomi gastrointestinali, possono facilmente condurre a stati di malnutrizione. Tale condizione complica ulteriormente il decorso clinico della malattia, peggiorando la prognosi e rendendo i trattamenti meno efficaci.

In questo contesto, l'assistenza infermieristica diventa quindi un elemento cruciale nella gestione globale del paziente affetto da MICI. L'infermiere non solo fornisce assistenza clinica diretta, ma svolge anche un ruolo fondamentale nel supporto educativo e nutrizionale. Aiutando il paziente a comprendere la propria condizione e a gestire le eventuali carenze nutrizionali, l'infermiere può contribuire significativamente al processo di cura. La nutrizione artificiale, quando necessaria, rappresenta una risorsa fondamentale per prevenire o trattare la malnutrizione, migliorando così l'outcome clinico e la qualità di vita dell'individuo.

Come affermato da Orem nella teoria dell'auto-cura, l'obiettivo dell'infermiere è aiutare la persona a compiere attività necessarie per mantenere la salute, recuperare da una

malattia o gestire le conseguenze di essa. Pertanto, è fondamentale considerare il concetto di empowerment nelle malattie croniche. Questo processo consente all'infermiere di formare ed educare continuamente il paziente, accompagnandolo verso una maggiore consapevolezza e migliorando la sua capacità di auto-cura.

Il presente lavoro mira a sviluppare un piano assistenziale semi-standardizzato per i pazienti affetti da MICI, evidenziando l'importanza di un'assistenza integrata che prenda in considerazione le molteplici problematiche derivanti dalla malattia, come la malnutrizione, e che preveda, se necessario, il ricorso alla nutrizione artificiale. Un approccio assistenziale mirato, basato su evidenze scientifiche e personalizzato, può infatti migliorare il benessere del paziente e ridurre le complicanze associate alla malattia. Il piano assistenziale proposto è stato sviluppato utilizzando le tassonomie della North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) e Nursing Intervention Classification (NIC), con l'obiettivo di giungere ad uno studio approfondito della persona affetta da malattia infiammatoria cronica intestinale da una prospettiva infermieristica. Tale approccio, si concentra sull'analisi delle risposte del paziente di fronte al processo patologico, considerando gli aspetti fisici, emotivi e sociali e prevede interventi specifici che tengano conto delle peculiarità individuali. L'adozione di strategie personalizzate, permette di massimizzare l'efficacia terapeutica e di migliorare l'autonomia della persona, contribuendo così al miglioramento della sua qualità di vita. La prospettiva adottata nell'implementazione del piano assistenziale, promuove una visione olistica alla cura del paziente, che non si limita a considerare solo i sintomi fisici della malattia, ma abbraccia anche l'impatto psicologico e sociale sulla vita della persona, creando un ambiente di cura che favorisca il benessere complessivo e l'adattamento alla patologia.

CAPITOLO 1 – LE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI

1.1 DEFINIZIONE

Le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) sono disturbi infiammatori cronici idiopatici del tratto gastrointestinale dovuti a fattori ambientali, genetici, immunologici e microbici. Le MICI includono la colite ulcerosa (CU) e la malattia di Crohn (MC) ma comprendono anche forme meno comuni, altrettanto rilevanti, come i disturbi eosinofili gastrointestinali (EGID).

L'insorgenza delle MICI di solito si verifica nella seconda-quarta decade di vita, ma sono possibili manifestazioni più precoci, anche nei primi anni di vita. Spesso vengono diagnosticate con ritardo, anche mesi o anni dopo l'insorgenza dei primi sintomi.

La malattia di Crohn (MC) è una patologia cronica caratterizzata da infiammazione intestinale e danni progressivi all'intestino, associati ad una compromissione nel funzionamento. Può interessare qualsiasi parte del tratto gastrointestinale ma più comunemente si verifica nell'ileo distale e nel colon. Circa la metà dei pazienti affetti da questa patologia, manifesta una complicanza intestinale come fistole, flemmoni, stenosi e ascessi entro 20 anni dalla diagnosi. Se viene coinvolta la regione ileale, il rischio di sviluppare stenosi e fistole rispetto al coinvolgimento del colon è maggiore. La malattia di Chron, inoltre, può avere manifestazioni extraintestinali con coinvolgimento degli occhi, della pelle, delle articolazioni e del fegato (Ballester Ferré et al., 2018).

La colite ulcerosa (CU) è una malattia infiammatoria idiopatica che colpisce la mucosa del colon. Generalmente ha origine nel retto e si estende prossimalmente attraverso l'intero colon o una parte di esso. Alcuni pazienti con colite del lato sinistro possono presentare una chiazza cecale di infiammazione. La classificazione di Montreal divide i pazienti con colite ulcerosa in tre categorie a seconda dell'area di coinvolgimento della malattia: E1 per la proctite (malattia confinata al retto), E2 per la malattia del lato sinistro (che si estende dal retto fino alla flessura splenica), ed E3 per la colite estesa (che si estende oltre la flessura splenica) (Segal et al., 2021).

I disturbi gastrointestinali eosinofili primari (EGID primari) comprendono una serie di malattie rare, caratterizzate dall'infiltrazione di eosinofili nel tratto digestivo. Questi

disturbi comprendono l'esofagite eosinofila (EoE), la gastrite eosinofila, la gastroenterite eosinofila, l'enterite eosinofila e la colite eosinofila, a seconda dell'area specifica del tratto digestivo colpita dall'infiltrazione eosinofila. I disturbi gastrointestinale eosinofili primari sono legati ad atopia e allergie in assenza di altre cause di infiltrazione eosinofila. Inoltre, gli EGID possono anche manifestarsi come conseguenze di malattie sistemiche come la sindrome ipereosinofila idiopatica, le malattie infiammatorie intestinali, le infezioni da parassiti, le reazioni ai farmaci e le neoplasie (Shih et al., 2016).

La gastroenterite eosinofila (EGE) è una malattia gastrointestinale rara, ma con incidenza in aumento che colpisce più comunemente lo stomaco e/o l'intestino tenue. Klein ha classificato la patologia in base alla profondità dell'infiltrazione eosinofila, suddividendola in malattie che interessano la mucosa, il muscolo e lo strato sieroso (Li et al., 2023).

1.2 EPIDEMIOLOGIA

L'incidenza delle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) varia significativamente nelle diverse parti del mondo, con differenze notevoli tra le regioni geografiche. I tassi di incidenza più alti si trovano nel Nord Europa e in Nord America e sono più diffuse nei paesi industrializzati rispetto a quelli meno sviluppati. Tuttavia, è stato osservato un aumento dell'incidenza a livello globale, soprattutto in aree che in passato avevano tassi inferiori, come l'Asia e l'Europa orientale; questo suggerisce come i fattori ambientali possano influenzare la comparsa della malattia.

In Europa, i tassi di incidenza delle malattie infiammatorie croniche intestinali mostrano significative variazioni. Per quanto riguarda la colite ulcerosa (UC), l'incidenza varia tra 0,9 e 24,0 casi per 100.000 anni-persona, mentre per il morbo di Crohn (MC) i tassi oscillano tra 0,0 e 11,5 casi per 100.000 anni-persona. La prevalenza di UC in Europa va da 2,4 a 294 casi per 100.000 persone, mentre quella di MC varia tra 1,5 e 213 casi per 100.000 persone. Si osserva una chiara differenza geografica, con tassi di incidenza e prevalenza più elevati nel Nord rispetto al Sud dell'Europa. Tuttavia, le ricerche più recenti indicano che questa differenza stia diminuendo nel tempo (Burisch & Munkholm, 2015).

Le differenze nei tassi di incidenza e prevalenza di queste malattie possono essere influenzate da vari fattori, come lo stile di vita, le condizioni ambientali, il livello di consapevolezza riguardo la malattia e le metodologie di ricerca utilizzate. Tuttavia, le discrepanze nei dati possono derivare da differenze nella raccolta dei dati e nell'organizzazione dei servizi sanitari (Burisch & Munkholm, 2015).

Nel 2017, la rivista scientifica "*The Lancet*" ha pubblicato uno studio che esamina l'andamento delle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) dal 1990 fino al 2017. Questa indagine rappresenta una revisione sistematica di numerosi studi di popolazione, offrendo una visione globale dell'incidenza e della prevalenza complessiva di queste malattie. Secondo i risultati dell'analisi, il numero globale di individui affetti da MICI è aumentato significativamente, passando da 3,7 milioni nel 1990 a oltre 6,8 milioni nel 2017. Inoltre, lo studio ha esaminato ventidue studi sul morbo di Chron e diciotto studi sulla rettocolite ulcerosa condotti a livello di popolazione. Di questi, sedici studi (72,7%) sul morbo di Crohn e quindici studi (83,3%) sulla rettocolite ulcerosa hanno evidenziato un'incidenza stabile o in diminuzione nelle regioni del Nord America e dell'Europa. Nel 1990, l'incidenza delle malattie infiammatorie croniche intestinali è aumentata nei paesi in via di sviluppo e in quelli a nuova industrializzazione in Africa, Asia e Sud America. Questo incremento potrebbe essere attribuito ai cambiamenti socio-economici e all'espansione industriale in tali aree ('The Global, Regional, and National Burden of Inflammatory Bowel Disease in 195 Countries and Territories, 1990–2017', 2019).

Tra i disturbi gastrointestinali eosinofili (EGID) l'esofagite eosinofila (EoE) è stata oggetto di maggiore attenzione scientifica; ricerche recenti hanno evidenziato un aumento dell'incidenza di EoE, con una prevalenza media globale di 22,7 casi per 100.000 persone, come indicato da studi basati sulla popolazione condotti in Nord America, Europa e Australia. Negli Stati Uniti, la prevalenza risulta leggermente più elevata, con una stima di 25,9 casi per 100.000 individui. È stato condotto uno studio esteso che ha analizzato la prevalenza della gastroenterite eosinofila (EoGE) e della colite eosinofila (EoC) negli Stati Uniti, comprendendo casi diagnosticati tra marzo 2012 e marzo 2017. Questa ricerca ha utilizzato un ampio database che includeva un totale di 35.826.830 individui, tra i quali 1.820 erano stati diagnosticati con gastroenterite eosinofila (EoGE) e 770 con colite eosinofila (EoC) (Mansoor et al., 2017).

1.3 PATOGENESI

Le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) sono caratterizzate da una disfunzionale interazione tra i batteri presenti nell'intestino e il sistema immunitario della mucosa intestinale. Questo squilibrio, può scatenare un'inflammatione cronica, tipica di patologie come la malattia di Crohn e la colite ulcerosa. Nella malattia di Chron, l'inflammatione evolve attraverso diverse fasi: inizialmente, l'interleuchina-12 (IL-12) emerge come un importante mediatore dell'inflammatione, ma nelle fasi più avanzate l'interleuchina-17 (IL-17) diventa predominante. Questi cambiamenti nei profili delle citochine riflettono le differenze nelle risposte immunitarie durante il decorso della malattia; durante le fasi iniziali, la compromissione dell'integrità della barriera intestinale e la disfunzione del sistema immunitario innato sono fattori cruciali che contribuiscono all'insorgenza di un'inflammatione subacuta, rappresentando l'inizio del processo patologico. Con l'evoluzione della patologia, si assiste ad un peggioramento delle condizioni a causa della difficoltà nella rimozione dei batteri e delle disfunzioni delle risposte immunitarie adattative. Questo perpetua lo stato infiammatorio, instaurando un circolo vizioso di infiammazione persistente e disfunzioni del sistema immunitario. L'inizio precoce di trattamenti biologici può rallentare la progressione della malattia e migliorare gli esiti a lungo termine, contribuendo a ridurre i danni intestinali permanenti. Questo suggerisce l'esistenza di una "finestra di opportunità" per intervenire nelle fasi iniziali della malattia, prima che il danno diventi grave e difficilmente reversibile (*A Scoping Review on Early Inflammatory Bowel Disease*, n.d.).

Studi genomici hanno identificato oltre 240 loci di rischio genetico associati alle MICI, di cui circa 30 sono condivisi tra la malattia di Chron e la colite ulcerosa. Questi loci influenzano diverse vie biologiche fondamentali per il mantenimento dell'omeostasi intestinale, tra cui la funzione della barriera epiteliale, la difesa innata, la regolazione immunitaria e l'autofagia. Il gene NOD2 rappresenta il primo fattore genetico associato alla malattia di Crohn. Le mutazioni in questo gene, come 1007fs, R702W e G908R, sono comuni nei pazienti e possono modulare la gravità della malattia e le risposte infiammatorie. NOD2 è implicato anche nel processo di autofagia, che contribuisce a confinare i batteri intracellulari e a controllare l'infezione. Tuttavia, varianti di NOD2

come T300A sono legate alla malattia di Chron poiché compromettono la funzione dell'autofagia e favoriscono risposte infiammatorie anormali. In aggiunta, i polimorfismi a singolo nucleotide (SNP) nel gene IL-23R sono associati sia alla malattia di Crohn che alla colite ulcerosa. L'allele Arg381Gln, in particolare, ha un effetto protettivo attraverso la modulazione del riciclo di IL-23R e la regolazione della produzione di citochine (Guan, 2019).

Nella colite ulcerosa (UC) i colonociti, ovvero le cellule del colon, rivestono un ruolo cruciale nella patogenesi di questa patologia.; questi presentano un'espressione compromessa del recettore PPAR gamma, che regola l'infiammazione. Gli antigeni attivano la risposta immunitaria innata tramite le cellule presentanti l'antigene e le cellule T, avviando così una cascata infiammatoria che coinvolge anche l'attivazione del sistema immunitario adattativo. Inoltre, nella colite ulcerosa si osserva un'aumentata attivazione e sensibilità delle cellule dendritiche mature che esprimono recettori Toll-Like (TRL) in grado di riconoscere i patogeni e attivare fattori di trascrizione, come NF-k8, che scatenano la cascata infiammatoria. Quest'ultima porta alla produzione di citochine proinfiammatorie, in particolare il fattore di necrosi tumorale alfa (TNF-alfa) e le interleuchine (IL) 12 e 23, che giocano un ruolo importante nella trasduzione dei segnali tramite proteine intracellulari, quali le Janus chinasi (JAK), che amplificano l'attivazione e la proliferazione dei linfociti (Du & Ha, 2020).

Studi recenti sulla patogenesi dei disturbi gastrointestinali eosinofili (EGID) hanno rilevato una forte correlazione con specifici polimorfismi genetici, in particolare nei geni CAPN14 (calpaina 14) e TSLP (timica stromale linfopoietina), dimostrando come questi influenzano la risposta immunitaria e la permeabilità epiteliale (Kinoshita et al., 2019).

Inoltre, l'analisi dell'mRNA nella mucosa esofagea di pazienti affetti da esofagite eosinofila (EoE) ha rivelato una sovraespressione di citochine Th2. Le citochine prodotte, come eotassina-3, IL-5 e IL-13 promuovono l'accumulo di eosinofili e la fibrosi. L'infiltrazione degli eosinofili nella mucosa esofagea, accompagnata dal rilascio di proteine granulari come la proteina basica maggiore (MBP) e la perossidasi eosinofila (EPX), provoca danni alle cellule epiteliali e ai neuroni, con conseguente aumento della permeabilità e alterazione delle funzioni motorie dell'esofago (Kinoshita et al., 2019).

In sintesi, la patogenesi delle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) e dei disturbi gastrointestinali eosinofili (EGID) è il risultato di una complessa interazione tra fattori genetici, disfunzioni immunitarie e alterazioni della barriera epiteliale, che porta allo sviluppo di un'inflammatione cronica e progressiva. Sebbene questi processi condividono alcune caratteristiche immunologiche, differiscono per specificità genetiche e tissutali. Ciò evidenzia l'importanza di interventi terapeutici mirati e tempestivi, volti a prevenire danni irreversibili e a migliorare la gestione clinica dei pazienti.

1.4 SINTOMATOLOGIA

Le manifestazioni cliniche delle due principali forme di malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI), ossia la colite ulcerosa (CU) e il morbo di Crohn (MC), presentano spesso somiglianze tali da rendere difficile una chiara distinzione tra le due patologie. Comprendere i sintomi delle MICI è fondamentale non solo per una diagnosi tempestiva, ma anche per un trattamento adeguato che possa migliorare significativamente il benessere del paziente. Sebbene i sintomi intestinali, come dolore addominale, diarrea e sanguinamento, rappresentino spesso il focus principale della diagnosi, è importante riconoscere che le MICI possono dare origine a manifestazioni extraintestinali che interessano diverse aree del corpo, tra cui le articolazioni, la pelle e gli occhi.

Tra gli effetti extraintestinali muscoloscheletrici nelle MICI, che costituiscono una delle manifestazioni più comuni e colpiscono fino al 46% dei pazienti, si riscontrano:

- Artrite Periferica di tipo 1 (pSpA): è caratterizzata da una natura asimmetrica e oligoarticolare, coinvolge meno di cinque articolazioni, con una predilezione per le articolazioni di grandi dimensioni come caviglie, ginocchia, polsi, gomiti e spalle.
- Enteopatie: sono riscontrabili con una prevalenza che varia dal 7% al 50% nei pazienti adulti con MICI. Queste condizioni possono causare disabilità e provocare cambiamenti strutturali delle ossa e dei tessuti molli.
- Artrite assiale (axSpA): provoca sintomi associati al coinvolgimento assiale, come nella sacroileite o nella spondilite. La sacroileite è un'inflammatione dell'articolazione sacroiliaca, che può essere asintomatica o causare dolore lombare e/o nei glutei. Di norma, la sacroileite associata a MICI è bilaterale. La

spondilite è un'infezione della colonna vertebrale, caratterizzata da dolore lombare persistente (Rogler et al., 2021).

Le patologie orali, che sono più comuni nei pazienti con morbo di Crohn (MC) e particolarmente prevalenti nei bambini, includono:

- Stomatite aftosa: è caratterizzata da lesioni aftose, ulcere dolorose rotonde o ovali con base pseudomembranosa gialla e bordi eritematosi. Le afte sono spesso localizzate nella mucosa buccale o labiale.
- Parontite: infiammazione cronica che porta alla distruzione dell'osso di ancoraggio e dei tessuti molli, con infiammazione gengivale, gonfiore e sanguinamento che può eventualmente portare alla perdita dei denti.
- Granulomatosi orofacciale (Sindrome di Melkersson-Rosenthal): si presenta con gonfiore cronico delle labbra o della metà inferiore del viso, ulcerazione gengivale, gengivite iperplastica e tag mucosi causati da infiammazione granulomatosa (Rogler et al., 2021).

Le manifestazioni oculari nelle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) si manifestano con una prevalenza del 2-7% nei pazienti e includono:

- Episclerite: è un'infezione dell'episclera, il tessuto che ricopre la sclera dell'occhio. E' la manifestazione oculare più frequente nelle MICI.
- Sclerite: questa condizione è meno comune dell'episclerite, interessando meno dell'1% dei pazienti con MICI; può essere classificata come anteriore (diffusa, nodulare o necrotizzante, con o senza infiammazione) e posteriore. E' una condizione che può progredire verso la perdita permanente della vista.
- Uveite: rappresenta un'infezione del tratto uveale, che è strato intermedio dell'occhio. Nello studio di coorte svizzero sulle malattie infiammatorie croniche intestinali (Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort Study, SIBDCD), l'uveite è stata osservata nel 5,2% dei pazienti con morbo di Crohn (MC) inattivo e nel 12,2% dei pazienti con MC attiva. Nei pazienti con colite ulcerosa (CU), l'uveite è stata riscontrata nel 3,5% dei casi con malattia inattiva e nel 4,1% con malattia attiva (Rogler et al., 2021).

Tra il 2008 e il 2013 è stato condotto uno studio utilizzando l'Ocean State Crohn's and Colitis Area Registry (OSCCAR), una coorte prospettica che ha coinvolto 408 pazienti, sia adulti che pediatrici, con diagnosi di nuova insorgenza di malattia infiammatoria cronica intestinale (MICI). L'obiettivo principale dello studio era migliorare la comprensione dell'epidemiologia, della presentazione clinica, del decorso della malattia e dei relativi esiti per le persone affette da MICI. Dai risultati è emerso che i sintomi più comuni per la malattia di Crohn (MC) sono affaticamento e dolore addominale, mentre nella colite ulcerosa (CU) i sintomi predominanti sono sanguinamento nelle evacuazioni e diarrea. Sono stati inoltre evidenziati sintomi meno noti alla diagnosi di MC e CU, tra cui feci liquide o acquose, crampi addominali, urgenza defecatoria, sensazione di svuotamento incompleto, aumento della frequenza delle evacuazioni, gas maleodorante, gonfiore addominale, e passaggio di muco con le feci. Lo studio ha anche esplorato la relazione tra i sintomi iniziali e la localizzazione della malattia di Crohn e l'estensione della colite ulcerosa, fornendo un quadro più dettagliato dei sintomi predominanti all'esordio delle due patologie (Perler et al., 2019).

Attraverso l'utilizzo dell'analisi delle componenti principali (PCA), lo studio ha identificato profili sintomatici distinti tra la malattia di Crohn e la colite ulcerosa; è emerso che tre dei quattro domini sintomatici erano comuni a entrambi le patologie: sintomi intestinali (frequenza e disagio addominale), sintomi sistemici/extra-intestinali e sintomi anorettali. Tuttavia, sono state riscontrate differenze specifiche, come la maggiore prevalenza di sintomi addominali superiori nella MC e di incontinenza e flatulenza nella CU, suggerendo una significativa sovrapposizione dei sintomi tra le due condizioni. Sebbene lo studio abbia evidenziato i sintomi comuni tra MC e CU, il valore predittivo dei singoli sintomi o dei cluster non risulta sufficiente a distinguere con precisione tra le due diagnosi, suggerendo la massima cautela nell'interpretazione dei risultati (Perler et al., 2019).

1.5 COMPLICANZE

Le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) possono causare una serie di complicanze sia sistemiche che locali, che vanno oltre i sintomi intestinali. Le principali complicanze includono:

- La dilatazione tossica del colon: è una complicanza grave caratterizzata dall'ingrossamento del colon oltre i 6 cm, accompagnato da febbre e uno stato tossico generale. E' particolarmente comune nella colite ulcerosa.
- Il carcinoma del colon e del retto: è una complicanza importante nei pazienti con colite ulcerosa di lunga durata. Il rischio di sviluppare questo tumore aumenta in presenza di coinvolgimento totale del colon, malattia grave e persistente, e una durata della malattia superiore ai sette anni.
- Il carcinoma dell'intestino tenue: in particolare dell'ileo, questo tipo di tumore è più frequente nei pazienti con malattia di Crohn rispetto alla popolazione generale. Il carcinoma è associato alla displasia dell'epitelio circostante e può estendersi alla parete intestinale in modo simile all'endometriosi.
- Le fistole intestinali: sono più comuni nella malattia di Crohn che coinvolge l'ileo o il colon destro. Possono manifestarsi mesi o anni prima di evidenze cliniche della malattia e possono svilupparsi in vari siti, come l'area anorettale. Questo suggerisce che il processo infiammatorio potrebbe essere subclinico e che la malattia può iniziare simultaneamente o separatamente in diverse aree. Le fistole possono formarsi in diverse localizzazioni, inclusi intestino-intestino, intestino-colon, intestino-stomaco e altri (Kirsner, 1979).

A livello nutrizionale, possono verificarsi carenze di micronutrienti che danno origine a complicanze come anemia, fragilità ossea e ritardi nella crescita, soprattutto se la patologia esordisce durante l'età evolutiva. Le carenze più frequenti includono ferro, vitamina B12, vitamina D, vitamina K, acido folico, selenio, zinco, vitamina B6 e vitamina B1. Tali carenze sono più rilevanti nella malattia di Crohn rispetto alla colite ulcerosa. Inoltre, si ritiene che l'insufficienza di vitamina D e vitamina K possono essere correlate a un aumento dello stato infiammatorio. In presenza di gastroenterite (GE), i

livelli di albumina sierica possono risultare diminuiti a causa di enteropatia con perdita di proteine (Weisshof & Chermesh, 2015).

1.6 TRATTAMENTO

Grazie a decenni di ricerca, è stata raggiunta una migliore comprensione delle malattie infiammatorie croniche intestinali, con conseguente sviluppo di approcci terapeutici sempre più mirati. I trattamenti tradizionali per queste patologie si concentrano principalmente sul controllo dei sintomi e sul miglioramento della qualità di vita dei pazienti attraverso l'uso di farmaci come gli aminosalicilati, i corticosteroidi, gli immunomodulatori e i farmaci biologici, spesso associati a interventi chirurgici. Negli ultimi anni, però, sono emerse nuove opzioni innovative, come piccole molecole, terapie cellulari, terapie con aferesi, miglioramenti della microecologia intestinale e terapie con esosomi (Cai et al., 2021).

Per i casi di colite ulcerosa lieve o moderata, il trattamento di prima linea prevede l'utilizzo di mesalazina (acido 5-aminosalicilico, o 5-ASA). Il farmaco prototipo di questa classe è la sulfasalazina, che è costituita da una molecola di 5-ASA legata alla sulfapiridina tramite un legame azoico. Una volta raggiunto il colon, tale legame viene scisso dall'azoreduttasi batterica, liberando mesalazina e sulfapiridina, con quest'ultima che viene successivamente assorbita e metabolizzata nel fegato. Il 5-ASA rappresenta la componente terapeuticamente attiva, mentre la sulfapiridina ha un ruolo minimo nell'effetto terapeutico complessivo. Sebbene la mesalazina appartenga alla classe dei salicilati, il suo effetto terapeutico non è correlato all'inibizione della cicloossigenasi; anzi, i farmaci antinfiammatori non steroidei tradizionali possono aggravare la malattia infiammatoria cronica intestinale (MICI). Diversi potenziali siti d'azione sono stati dimostrati in vitro per la sulfasalazina o la mesalazina, tra cui l'inibizione della produzione di IL-1 e TNF-, l'inibizione della via della lipossigenasi, la neutralizzazione dei radicali liberi e degli ossidanti, e l'inibizione di NF-kB (fattore nucleare kappa B), un fattore di trascrizione cruciale per la produzione di mediatori infiammatori (Pithadia & Jain, 2011).

Uno studio recente ha evidenziato che il 44% dei pazienti affetti da Morbo di Crohn ha richiesto di corticosteroidi per indurre la remissione. Di questi, il 58% ha raggiunto una

remissione completa entro quattro settimane, mentre il 32% ha mostrato una risposta prolungata dopo un anno. Inoltre, il 28% dei casi è diventato dipendente dai corticosteroidi e il 40% ha dovuto sottoporsi a intervento chirurgico (Braus & Elliott, 2009).

Dagli anni '70, i farmaci azatioprina e mercaptopurina sono stati impiegati nel trattamento delle MICI. Questi farmaci citotossici ostacolano la biosintesi delle purine, riducendo la proliferazione cellulare, e sono indicati in pazienti con forme gravi di malattia o dipendenti dai corticosteroidi. Inizialmente, a causa delle preoccupazioni sugli effetti collaterali, il loro impiego era limitato al trattamento del morbo di Chron. Tuttavia, studi recenti hanno dimostrato che tali farmaci siano ugualmente efficaci anche nella colite ulcerosa. Sono infatti in grado di mantenere la remissione in entrambe le patologie e, nel caso della malattia di Chron, possono prevenire, o più frequentemente ritardare, le recidive dopo resezione chirurgica (Pithadia & Jain, 2011).

I farmaci biologici includono principalmente inibitori delle citochine pro-infiammatorie e antagonisti delle integrine. Le citochine pro-infiammatorie, tra cui TNF- α e IL-12/23, svolgono un ruolo fondamentale nella patogenesi delle malattie infiammatorie croniche intestinali. Il TNF- α è considerato un componente della vasta famiglia di citochine e la sua iperespressione può portare a uno stato di infiammazione cronica con conseguenti danni ai tessuti. Gli anticorpi monoclonali anti- TNF- α , come l'Infliximab (IFX) e l'Adalimumab (ADA), esercitano le loro azioni terapeutiche inibendo le risposte infiammatorie legate al TNF- α e attenuando i danni tissutali. Le citochine pro-infiammatorie IL-12 e IL-23 giocano un ruolo fondamentale nell'infiammazione intestinale. L'IL-12 è costituita dalle subunità p35 e p40, mentre l'IL-23 è formata dalle subunità p40 e p19. L'ustekinumab è un anticorpo monoclonale IgG1 totalmente umanizzato che si lega alla subunità p40 condivisa da IL-12 e IL-23, ostacolando il legame di queste citochine con il recettore IL-12 presente sulla superficie delle cellule T e delle cellule NK. Questo meccanismo costituisce a diminuire l'infiammazione intestinale. L'ustekinumab è stato approvato per il trattamento della malattia di Chron e della colite ulcerosa in forme moderate e gravi (Cai et al., 2021).

Negli ultimi anni, la ricerca si è orientata verso l'esplorazione di tecniche innovative per il trattamento delle malattie infiammatorie croniche intestinali, con l'obiettivo di aumentare l'efficacia dei trattamenti e ridurre le complicanze a lungo termine.

Tra queste innovazioni, spiccano la terapia con esosomi e la terapia con aferesi, due tecniche che sfruttano meccanismi unici per modulare la risposta immunitaria e promuovere la guarigione tissutale. La terapia con esosomi utilizza microvescicole nanometriche rilasciate da diverse tipologie di cellule, ampiamente presenti nei fluidi biologici, che trasportano proteine, acidi nucleici e altri fattori regolatori. Gli esosomi svolgono un ruolo chiave in diversi processi biologici, tra cui la modulazione del sistema immunitario, la rigenerazione e la riparazione dei tessuti. In particolare, gli esosomi derivati da cellule staminali contribuiscono all'auto-rinnovamento e alla riparazione delle cellule danneggiate, oltre a modulare la risposta immunitaria. Allo stesso modo, gli esosomi derivati da cellule immunitarie, come macrofagi e cellule dendritiche, sono in grado di evitare l'eliminazione da parte del sistema immunitaria dell'ospite, prolungando così la loro azione terapeutica (Cai et al., 2021).

Parallelamente, la terapia con aferesi rappresenta un ulteriore progresso nel trattamento delle MICI. Questa tecnica agisce rimuovendo dal sangue periferico specifici leucociti, come granulociti e monociti, coinvolti nella risposta immunitaria. L'aferesi assorbitiva di granulociti e monociti (GMA) ha dimostrato di essere efficace nel ridurre l'infiammazione e nel favorire la remissione clinica in pazienti affetti da colite ulcerosa e malattia di Chron, offrendo un profilo di sicurezza migliore rispetto ai trattamenti tradizionali, come ad esempio i corticosteroidi (Cai et al., 2021).

CAPITOLO 2 – LA NUTRIZIONALE ARTIFICIALE

La malnutrizione è una condizione causata da un'insufficiente assunzione o assorbimento di nutrienti, che provoca alterazioni nella composizione corporea e nella massa cellulare, compromettendo così le funzioni fisiche e cognitive (Meza-Valderrama et al., 2021).

Nei pazienti con malattia infiammatoria cronica intestinale (MICI), la malnutrizione è spesso dovuta alla localizzazione delle lesioni nel tratto gastrointestinale, che influiscono negativamente su digestione e assorbimento da nutrienti, portando ad un aumento del consumo energetico a causa dell'infiammazione. I pazienti malnutriti tendono a dover affrontare degenze ospedaliere più lunghe, risposte terapeutiche meno efficaci, tassi di recidiva più elevati e una qualità di vita ridotta (Zhang et al., 2023).

In aggiunta, i sintomi comuni di queste malattie, come il dolore addominale e la diarrea, non solo riducono l'assunzione di cibo, ma contribuiscono anche ad un apporto nutrizionale insufficiente. Di conseguenza, uno stato nutrizionale compromesso insieme a bassi livelli di micronutrienti nel sangue, possono peggiorare ulteriormente l'andamento della malattia, incidendo negativamente sia sulla fase di remissione sia su quella di mantenimento, e compromettendo ancor di più la qualità di vita dei pazienti (Valvano et al., 2023).

Nell'ambito dell'assistenza infermieristica, la gestione nutrizionale dei pazienti affetti da MICI riveste un'importanza fondamentale in quanto tali patologie, di natura complessa e caratterizzate da fasi acute e croniche, comportano spesso significative complicanze nutrizionali. Un intervento adeguato, inclusa la nutrizione artificiale, è essenziale per prevenire e trattare lo stato di malnutrizione, migliorare la qualità della vita del paziente e ottimizzare gli esiti clinici.

In questo contesto, il ruolo dell'infermiere nell'assistenza è fondamentale, in particolare quando si rende necessaria l'implementazione della nutrizione artificiale, sia parenterale che enterale. L'infermiere non solo monitora costantemente lo stato del paziente, ma assicura anche la corretta somministrazione della nutrizione artificiale, prevenendo e gestendo eventuali complicanze, quali infezioni o squilibri elettrolitici. Nei casi più gravi di MICI, laddove la capacità di assorbimento intestinale risulti compromessa o l'apporto alimentare insufficiente, la nutrizione artificiale si configura come una scelta terapeutica indispensabile. Il supporto nutrizionale, pertanto, costituisce un elemento centrale per

migliorare la qualità della vita del paziente e ridurre il rischio di malnutrizione e delle conseguenze ad essa correlate (Guagnozzi et al., 2012).

2.1 NUTRIZIONE PARENTERALE

La nutrizione parenterale (NP) è una forma di terapia nutrizionale medica che viene somministrata tramite infusione endovenosa di nutrienti essenziali, tra cui aminoacidi, glucosio, lipidi, elettroliti, vitamine e oligoelementi. Questa si suddivide in due categorie: la nutrizione parenterale totale (o esclusiva), che soddisfa completamente le necessità nutrizionali del paziente, e la nutrizione parenterale supplementare (o parziale), che integra la nutrizione fornita per via orale o enterale. La nutrizione parenterale può essere amministrata sia in strutture ospedaliere che al di fuori di essa. Quest'ultima prende il nome di nutrizione parenterale domiciliare (HPN) ('ESPEN Guideline on Home Parenteral Nutrition', 2020).

Laddove i pazienti presentino un tratto gastrointestinale funzionante e accessibile quando è necessario un supporto nutrizionale, le linee guida europee e americane raccomandano l'uso della nutrizione enterale; nei casi in cui il tratto gastrointestinale non sia funzionante o non sia accessibile, la nutrizione parenterale totale è appropriata. Prima di avviare questo tipo di terapia, è fondamentale eseguire una valutazione completa delle condizioni cliniche del paziente, in modo che, laddove la nutrizione enterale non rappresenti un'opzione adeguata, venga preferita quella parenterale. Tuttavia, ci sono anche stati clinici in cui i pazienti che ricevono nutrizione orale o enterale non ottengono il 60% del fabbisogno nutrizionale stimato. In tali casi, la nutrizione parenterale supplementare è indicata per raggiungere i requisiti nutrizionali necessari. Le linee guida cliniche, tuttavia, raccomandano di iniziare la nutrizione parenterale (supplementare o completa) in pazienti ben nutriti che non sono in grado di soddisfare i requisiti nutrizionali necessari dopo 7 giorni. Nei pazienti a rischio di malnutrizione, le linee guida cliniche raccomandano di iniziare la nutrizione parenterale entro 3-6 giorni, se è improbabile che raggiungano un'adeguata nutrizione orale soddisfacente o enterale soddisfacente. Inoltre, è consigliabile sviluppare politiche e procedure di supporto per facilitare il processo decisionale relativo all'avvio della nutrizione parenterale e implementare un processo di

miglioramento della qualità per garantire un uso appropriato della nutrizione parenterale (Berlana, 2022).

2.2 NUTRIZIONE ENTERALE

La nutrizione enterale (EN) è una forma di terapia nutrizionale che viene somministrata tramite un dispositivo di accesso enterale in un tratto gastrointestinale funzionante, con sufficiente lunghezza e capacità di assorbimento, in cui il paziente non può assumere nutrienti per via orale, sia totalmente che parzialmente. Anche se il processo di somministrazione della nutrizione enterale può sembrare meno complessa rispetto a quella parenterale, possono verificarsi gravi complicazioni e rischi, inclusi danni e decesso, a causa di eventi avversi durante le fasi di ordinazione, somministrazione e monitoraggio. Sono stati riportati diversi eventi avversi associati alla nutrizione enterale, come errori di connessione, posizionamenti scorretti e spostamenti dei dispositivi di accesso enterale, anomalie metaboliche, complicazioni meccaniche del tubo meccanico, aspirazione broncopulmonare, intolleranza gastrointestinale dovuta alla contaminazione della formula e interazioni tra farmaci e nutriente (Bankhead et al., 2009).

La nutrizione enterale può essere somministrata attraverso vari metodi, che includono:

- somministrazione continua: i nutrienti vengono infusi in maniera continuo mediante una pompa, garantendo un apporto nutrizionale costante. Questo metodo è particolarmente indicato per pazienti che non tollerano alte concentrazioni di nutrienti in un'unica somministrazione;
- somministrazione intermittente: i nutrienti vengono somministrati a intervalli regolari, attraverso una pompa o un sistema a gravità, simulando i pasti abituali e facilitando una migliore tolleranza;
- somministrazione in bolo: questa modalità prevede la somministrazione di nutrienti in dosi elevate durante brevi periodi, replicando il normale ritmo dei pasti e permettendo una somministrazione più vicina ai normali tempi di alimentazione (Kurt & Ceyhan, 2023).

2.3 GESTIONE INFERMIERISTICA ALLA NUTRIZIONE ENTERALE E PARENTERALE

La gestione della nutrizione parenterale (NP) e enterale (NE) comporta responsabilità essenziali per gli infermieri, per garantire la sicurezza e l'efficacia del trattamento.

La nutrizione parenterale è una modalità di alimentazione complessa e altamente specializzata che richiede una preparazione e una somministrazione particolarmente accurate. Le soluzioni di nutrizione parenterale, essendo composte da numerosi elementi regolamentati come farmaci, necessitano di un intervento infermieristico altamente qualificato. L'infermiere è responsabile dell'adozione di procedure rigorose nella preparazione e somministrazione della nutrizione parenterale, assicurandosi che ogni fase del processo rispetti gli standard di sicurezza stabiliti. Ciò include la verifica accurata della composizione della soluzione, delle concentrazioni e delle istruzioni per la somministrazione, nonché il controllo della posizione dell'accesso venoso in relazione all'osmolarità della soluzione.

L'infermiere ricopre un ruolo cruciale nel monitoraggio continuo del paziente. Questo compito include la verifica dei segni vitali, il bilancio idrico e la valutazione della risposta del paziente alla terapia. L'infermiere deve essere in grado di identificare tempestivamente eventuali complicazioni, come infezioni o reazioni allergiche, e intervenire prontamente per gestirle. Un monitoraggio proattivo è essenziale per assicurare che il trattamento continui ad essere efficace e sicuro, minimizzando i potenziali rischi per il paziente.

Un'altro aspetto fondamentale del ruolo infermieristico nella nutrizione parenterale è l'educazione del paziente e della sua famiglia, soprattutto quando la terapia viene gestita a domicilio. L'infermiere ha il compito di fornire istruzioni dettagliate su come preparare e somministrare la nutrizione parenterale, gestire l'accesso venoso e riconoscere i segni di eventuali complicazioni. Un'adeguata formazione garantisce che il paziente e i familiari siano preparati a gestire la terapia e possano contattare il personale medico in caso di problemi.

Inoltre, l'infermiere rappresenta il collegamento tra il paziente e il team multidisciplinare, che può includere medici, farmacisti e dietisti. Una comunicazione chiara e tempestiva

tra questi professionisti è vitale per una gestione ottimale della terapia. L'infermiere deve assicurarsi che tutte le informazioni rilevanti siano condivise e che le decisioni terapeutiche siano coordinate in modo efficace, contribuendo ad un approccio integrato e ben gestito della terapia.

Per garantire una somministrazione sicura e efficace della nutrizione parenterale, è fondamentale che l'infermiere segua le linee guida e le migliori pratiche stabilite. Questo include l'uso di moduli di ordine standardizzati e il rispetto delle politiche istituzionali relative alla preparazione e somministrazione della nutrizione parenterale. La standardizzazione delle pratiche aiuta a ridurre il rischio di errori e a migliorare la qualità complessiva dell'assistenza. Il documento "Safe Practices for Parenteral Nutrition" rappresenta una risorsa fondamentale, offrendo linee guida basate su prove concrete per garantire la sicurezza della terapia e migliorare i risultati clinici. E' quindi essenziale che l'infermiere si impegni in un continuo aggiornamento professionale per rimanere al passo con le ultime evidenze e le migliori pratiche nel campo della nutrizione parenterale (Task Force for the Revision of Safe Practices for Parenteral Nutrition et al., 2004).

Anche nella gestione della nutrizione enterale (NE) le responsabilità degli infermieri sono sostanziali. Le potenziali complicanze, come aspirazione, diarrea, nausea e occlusione del tubo, possono portare alla sospensione o all'interruzione della somministrazione nutrizionale. Gli infermieri devono monitorare e prevenire tali complicanze, gestire eventi avversi e adottare misure preventive per garantire una gestione ottimale della nutrizione enterale. Inoltre, risulta fondamentale mantenere un'appropriatezza continuità nella somministrazione della nutrizione adattando le pratiche alle condizioni cliniche del paziente e alla risposta alla terapia.

Durante la somministrazione, gli infermieri devono garantire il corretto posizionamento del paziente e l'applicazione idonea dei nutrienti. Inoltre, devono gestire adeguatamente i componenti del sistema di nutrizione enterale, inclusa la sostituzione delle soluzioni nutrizionali, per assicurare la sicurezza e l'efficacia del trattamento. La cura della stomia, se presente, costituisce un ulteriore aspetto fondamentale dell'assistenza infermieristica.

Infine, è imperativo che gli infermieri basino le loro pratiche su dati aggiornati e fondati sull'evidenza. L'adozione di pratiche basate sull'evidenza è correlata a una minore incidenza di complicanze e ad un aumento della soddisfazione del paziente, contribuendo

in modo significativo al miglioramento dei risultati clinici e alla diminuzione dei rischi legati alla nutrizione enterale (Kurt & Ceyhan, 2023).

CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI: IL PIANO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICO

3.1 Processo di nursing

Il processo di nursing è “un approccio sistematico alla pratica clinica infermieristica usato per identificare, prevenire e trattare problemi di salute reali o potenziali di una persona, di gruppi di pazienti, famiglie o comunità” (Saiani e Brugnoli, 2021).

Inoltre, consente di fornire un’assistenza adeguata ed efficace, permettendo alla persona coinvolta di prendere un ruolo attivo nelle decisioni relative alla propria salute e promuovendone l’autonomia. Utilizza il metodo scientifico per riconoscere i bisogni di salute di una persona, di una famiglia e/o di una comunità e per selezionare quelli che possono essere affrontati tramite le cure infermieristiche. Il processo infermieristico è dinamico e continuo e può variare in base ai bisogni del paziente.

Il pensiero critico viene impiegato per trasferire le conoscenze teoriche della disciplina infermieristica nella pratica professionale. E’ un approccio metodico, autonomo e razionale, che avvalorà ciò che conosce e chiarisce ciò che non si conosce (Wilkinson JM., 2013).

Questo metodo viene configurato come un processo attivo e sistematico, fondamentale per individuare il problema, prendere decisioni, selezionare gli interventi infermieristici più adeguati e valutare in modo critico i risultati dell’assistenza fornita. Il pensiero critico, radicato in una solida base di conoscenze scientifiche, è caratterizzato dalla sua natura razionale e ben motivata.

Il metodo del processo di nursing come caratteristica propria dell’agire è riconosciuto, in Italia, dal profilo professionale dell’infermiere dove si stabilisce che l’infermiere “partecipa all’identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l’intervento assistenziale infermieristico” (D.M. n.739 del 14 settembre 1994).

Il processo di assistenza infermieristica si articola in cinque fasi:

- 1- Accertamento;

- 2- Diagnosi Infermieristica;
- 3- Pianificazione degli interventi;
- 4- Attuazione degli interventi;
- 5- Valutazione dei risultati.

La prima fase del processo prevede l'accertamento che è la "deliberata e sistematica raccolta di dati (soggettivi e oggettivi) volta a determinare, sia per il passato che per il presente, le condizioni di salute e lo stato funzionale del cliente" (M. Gordon, 1994). Tramite la raccolta dei dati è possibile ottenere informazioni relative al paziente inclusi i fattori psicologici, fisici, socioculturali ed emotivi che vanno ad influenzare il suo stato di salute.

Esistono diverse tipologie di accertamento:

- Accertamento all'ammissione o iniziale: viene attuato nella presa in carico del paziente nella struttura sanitaria, a domicilio o in altre strutture.
- Accertamento mirato: consiste nel raccogliere dati su un problema già identificato, utilizzato per valutare e/o controllare l'evoluzione del problema.
- Accertamento di rivalutazione: determina lo stato di un problema già identificato. Consiste in un ri-accertamento dei modelli fisiologici di salute ad intervalli di tempo.
- Accertamento d'emergenza: viene eseguito in situazioni di emergenza in cui la principale priorità è la preservazione della vita e dove il tempo è l'elemento essenziale per una rapida identificazione dei problemi di salute dei pazienti.

I dati raccolti possono essere qualitativi o quantitativi e il paziente ne costituisce la fonte primaria, in quanto le informazioni raccolte da quest'ultimo sono considerate le più affidabili. Qualora il paziente apparisse confuso o in condizioni fisiche e mentali tali da alterarne il pensiero, il giudizio o la memoria, si ricorre alle fonti secondarie, rappresentate dall'interazione con i familiari, dalla documentazione sanitaria passata e presente e dalla documentazione di altri membri dell'equipe. I dati vengono raccolti tramite un accertamento olistico della persona tramite 4 metodi:

1. L'osservazione;
2. L'intervista;

3. L'esame fisico;
4. L'intuizione.

L'osservazione richiede qualcosa di più della capacità di "guardare" il paziente; l'infermiere usa anche gli altri sensi: l'olfatto, l'udito, il tatto, e più di rado, il gusto (Yura e Walsh, 1988) (Gordon, 1994).

L'intervista è basata su una comunicazione verbale e non verbale, nonché su empatia e sollecitudine. In questa fase è importante raccogliere il maggior numero possibile di informazioni sul paziente così da selezionare i dati necessari al tipo di raccolta che si va ad attuare. Si inizia sempre con domande specifiche e si prosegue con quelle aperte. Di solito, l'intervista segue gli 11 modelli funzionali di Gordon.

I modelli funzionali di Gordon costituiscono un framework articolato in 11 aree di valutazione, concepito per analizzare il funzionamento complessivo di un individuo o di una famiglia in relazione alla salute. Questi modelli offrono una metodologia sistematica e completa per la raccolta dei dati durante le valutazioni infermieristiche e sanitarie. L'impiego di tali modelli consente l'identificazione di problematiche di salute, sia reali che potenziali, facilitando la formulazione di piani di intervento mirati. Ogni modello presenta una flessibilità intrinseca, permettendo la sua adattamento e modifica in base alle esigenze specifiche dell'individuo o della famiglia (Hooper, 1996).

"L'apprendimento delle abilità necessarie per una comunicazione efficace richiede la conoscenza di se stessi e delle teorie della comunicazione e dell'apprendimento, oltre a una pratica continua. Soprattutto richiede la determinazione di conservare la sensibilità, che potrebbe andare perduta man mano che si sviluppano abilità comunicative più avanzate" (Alfaro, 1998).

L'esame fisico consiste in un esame secondo l'ordine testa-piedi in cui vengono utilizzate tecniche di ispezione, percussione, palpazione ed auscultazione.

L'intuizione è basata sull'utilizzo dell'istinto, dell'esperienza clinica e dell'introspezione per esprimere un giudizio clinico sul paziente.

La seconda fase del processo di nursing è rappresentata dalla formulazione delle diagnosi infermieristiche, ovvero la base sulla quale l'infermiere attua specifici interventi volti a

raggiungere gli outcomes di cui è responsabile, con le sue competenze e con la propria autonomia. E' essenziale che l'infermiere prenda in considerazione vari fattori, tra cui aspetti culturali e sociali, durante la formulazione delle diagnosi. Inoltre, è fondamentale integrare evidenze scientifiche e linee guida professionali nel processo, al fine di garantire che le diagnosi siano basate su dati concreti e pertinenti.

La diagnosi infermieristica "...è un giudizio clinico sulle risposte dell'individuo, della famiglia o della comunità ai problemi di salute/processi della vita, reali o potenziali. Le diagnosi infermieristiche costituiscono la base per selezionare gli interventi infermieristici volti a raggiungere risultati di cui l'infermiere è responsabile" (Approvata alla IX conferenza NANDA e modificata nel 2009, nel 2013 e nel 2019).

Per garantire un approccio universale e standardizzato, vengono utilizzati i modelli rilasciati dalla tassonomia NANDA che impiega un linguaggio specifico accompagnato da regole e principi definiti. La tassonomia NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) è il sistema di standardizzazione e classificazione della conoscenza infermieristica più utilizzato nel mondo.

La NANDA ha identificato 4 modelli di diagnosi:

- Attuali o Reali: condizione della persona e/o della famiglia e/o della collettività che è stata convalidata dai dati raccolti dall'accertamento;
- Di rischio o Potenziali: un giudizio clinico tramite il quale una persona e/o una famiglia e/o una comunità è più vulnerabile rispetto ad un problema in condizioni uguali o simili;
- Benessere: un giudizio clinico rispetto alla motivazione e al desiderio di migliorare il proprio benessere e realizzare il proprio potenziale di salute;
- A Sindrome: giudizi clinici riguardanti problemi complessi reali e/o di rischio.

Dopo aver formulato le diagnosi infermieristiche, è fondamentale considerare diversi elementi nella definizione degli outcome. E' stato condotto uno studio ed è stato visto che vi sono quattro aspetti da tenere presente:

- Aspetti specifici dell'assistenza infermieristica (es. l'applicazione delle diagnosi infermieristiche)

- La patologia
- Aspetti generali dell'assistenza, come l'unità operativa, il personale coinvolto, ecc.
- La tipologia di paziente (Germini et al., 2010).

Successivamente, si passa alla fase di individuazione degli obiettivi tramite la tassonomia NOC (*Nursing Outcomes Classification*) e in seguito, all'elaborazione degli interventi attraverso la tassonomia NIC (*Nursing Interventions Classification*) volti al monitoraggio, alla prevenzione e alla riduzione e/o eliminazione dei problemi stessi. Si ricorre a capacità decisionali e di risoluzione dei problemi e si individuano gli interventi prioritari. Per stabilire le priorità si devono classificare le diagnosi o i problemi in ordine di importanza, per poter organizzare le attività di cura, in particolare nei casi in cui il paziente ha più di un problema (Carpenito, 2002).

Le priorità vengono stabilite per aiutare l'infermiere a prevedere e a mettere in sequenza gli interventi e vengono classificate come segue:

- Alta priorità: problemi che, se non trattati, mettono a rischio la vita dei pazienti. Quindi, la priorità va data ai problemi che potrebbero compromettere le funzioni vitali;
- Media priorità: necessità non emergenti e che non minacciano la vita del paziente;
- Bassa priorità: centrati sui bisogni connessi allo sviluppo o a problemi/rischi che richiedono di essere monitorati.

La quarta fase del processo assistenziale consiste nell'attuazione degli interventi infermieristici. È un processo continuo in quanto il professionista può modificare il piano di assistenza in base alle variazioni delle condizioni di salute del paziente e può cercare un aiuto multidisciplinare in caso di necessità. Si attua dopo aver sviluppato un piano di cure basato su diagnosi infermieristiche o problemi e bisogni di assistenza chiari rilevanti. In questa fase l'infermiere, oltre alle conoscenze, utilizza le precedenti esperienze cliniche per valutare l'efficacia degli interventi volti a migliorare lo stato di salute del paziente e a raggiungere i risultati attesi.

Come ultima fase si ha la valutazione in cui viene accertata l'efficacia del piano di assistenza. Si evidenzia se gli obiettivi sono stati raggiunti completamente, solo

parzialmente o per nulla. La valutazione può essere fatta più volte nel corso del processo di assistenza creando un meccanismo a feedback che permette di modificare gli obiettivi, gli interventi o di rivalutarli costantemente nel caso in cui risulterebbero inefficaci. Questo ci fa comprendere che il processo di nursing è qualcosa di sequenziale e ciclico.

3.2 Il piano di Assistenza Infermieristica per la persona affetta da malattia infiammatoria cronica intestinale (MICI)

Il piano di assistenza infermieristica costituisce un documento di sintesi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti che necessitano di cure. Permette di offrire un'assistenza personalizzata, adatta alle esigenze specifiche di ogni paziente, assicurando un intervento mirato e adeguato ai loro bisogni (Cantarelli M., 2003).

Parlare di piani di cura standardizzati significa offrire un'assistenza infermieristica che tenga conto dell'unicità della persona, ma che si basi su interventi e pratiche assistenziali supportate da prove di efficacia consolidate (Motta CP., 2001).

Il *semi standardized nursing care plan* (SSNCP) possiede queste caratteristiche ed è uno strumento utile ed efficiente per migliorare le attività assistenziali, grazie all'adozione di un linguaggio condiviso.

Il seguente piano di assistenza infermieristica semi-standardizzato è stato sviluppato per affrontare le problematiche riscontrabili nei pazienti affetti da malattie infiammatorie croniche intestinali. L'obiettivo di questo piano è fornire supporto agli infermieri coinvolti nell'assistenza, permettendo loro di gestire in maniera ottimale le possibili complicanze che porterebbero il soggetto all'aggravamento delle proprie condizioni. Per creare il seguente piano, sono state utilizzate le diagnosi della tassonomia NANDA (North American Nursing Association), sia reali che di rischio, classificate secondo il codice della tassonomia NANDA stessa. Questo documento si propone come una guida per la valutazione iniziale e periodica del paziente dopo la presa in carico da parte dell'infermiere. Vengono, infatti, identificati i relativi NOC (Nursing Outcomes Classification) che consentono di determinare lo stato di compromissione iniziale e finale del paziente. Successivamente, vengono individuati i NIC (Nursing Intervention

Classification), che rappresentano gli interventi necessari per raggiungere i risultati attesi, stabiliti al momento dell'accertamento o individuati durante il percorso assistenziale. La valutazione dei NOC avverrà tramite la Scala Likert, che attribuisce valori da 1 (Grave/Mai dimostrato) a 5 (Nessuno/Costantemente dimostrato). Questo strumento consente di analizzare la situazione al momento dell'accertamento e di valutare successivamente il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Nel caso in cui non si raggiungano gli obiettivi, l'infermiere dovrà rivalutare l'intero processo assistenziale per individuare problematiche insorte o non risolte, riconsiderando i NIC applicati e selezionando quelli più adeguati al caso.

Legenda Scala di Likert

Grave	1				
Sostanziale		2			
Moderato			3		
Lieve				4	
Nessuno					5

Mai dimostrato	1				
Raramente dimostrato		2			
Talvolta dimostrato			3		
Spesso dimostrato				4	
Costantemente dimostrato					5

3.2.1 NUTRIZIONE SQUILIBRATA: INFERIORE AL FABBISOGNO METABOLICO

NOC

STATO NUTRIZIONALE: ASSUNZIONE DI ALIMENTI E LIQUIDI	1	2	3	4	5
Apporto di alimenti per via orale
Alimentazione per sonda
Apporto di liquidi per via orale
Apporto di liquidi endovena
Apporto nutritivo parenterale
APPETITO	1	2	3	4	5
Apporto di cibo
Apporto di nutrienti
Apporto di liquidi
Stimolo ad alimentarsi
CURA DI SE': ALIMENTARSI	1	2	3	4	5
Prepara il cibo per l'ingestione
Aprire i recipienti
Taglia il cibo
Usa le posate
Prende la tazza o il bicchiere
Beve da una tazza o un bicchiere
Mette il cibo in bocca
Manipola il cibo in bocca
Mastica il cibo
Deglutisce il cibo
Deglutisce i liquidi
Termina il pasto
CONOSCENZE: DIETA PRESCRITTA	1	2	3	4	5
Dieta prescritta
Motivazioni della dieta

Benefici della dieta prescritta	.	.	.	.	.
Obiettivi della dieta	.	.	.	.	.
Cibi consentiti nella dieta	.	.	.	.	.
Bevande consentite nella dieta	.	.	.	.	.
Cibi congruenti con le convinzioni culturali	.	.	.	.	.
Pasti raccomandati distribuiti nell'arco della giornata	.	.	.	.	.
Porzioni di cibo raccomandate	.	.	.	.	.
Interpretazioni delle informazioni nutrizionali sulle etichette degli alimenti	.	.	.	.	.
Linee guida per la preparazione dei cibi	.	.	.	.	.
Composizione del menu in base alla dieta prescritta	.	.	.	.	.
Strategie per cambiare le abitudini dietetiche	.	.	.	.	.
Possibili interazioni tra alimenti e farmaci	.	.	.	.	.
Strategie per aumentare l'adesione alla dieta	.	.	.	.	.

NIC

GESTIONE DELLA NUTRIZIONE
Determinare lo stato nutrizionale della persona assistita e la capacità di soddisfare le esigenze nutrizionali
Accertare eventuali allergie o intolleranze alimentari
Rilevare le preferenze alimentari della persona
Educare la persona sui bisogni nutrizionali (per esempio, discutere le linee guida dietetiche e la piramide alimentare)
Garantire un ambiente ottimale per il consumo dei pasti (per esempio, pulito, ben ventilato, tranquillo e libero da odori forti)
Somministrare, su prescrizione medica, farmaci specifici prima del pasto (per esempio antidolorifici, antiemetici), se appropriato
Incoraggiare la persona ad assumere una posizione verticale e/o sedersi in poltrona, se possibile
Aiutare la persona ad aprire le confezioni, a tagliare il cibo e a mangiare, se necessario
Educare la persona assistita sulle modificazioni da apportare alla dieta (per esempio, liquido chiaro, dieta idrica, vitto morbido o altra dieta, se tollerato), se necessario
Educare la persona assistita sulla dieta più funzionale alla sua condizione di malattia
Monitorare l'apporto calorico e il contenuto nutrizionale
Sollecitare l'adozione di modalità sicure per la preparazione e la conservazione degli alimenti
ASSISTENZA NELLA CURA DI SE': ALIMENTAZIONE
Monitorare la capacità di deglutire della persona
Identificare la dieta prescritta
Creare un ambiente piacevole durante i pasti (per esempio, togliere dalla vista padelle, pappagalli e strumentario per l'aspirazione)
Assicurare una corretta posizione per facilitare la masticazione e la deglutizione
Aiutare se necessario
Assicurare un adeguato sollievo del dolore prima dei pasti, se appropriato
Sistemare la persona in una posizione comoda per mangiare
Fornire una cannuccia per bere, se necessaria o richiesta
Monitorare il peso della persona, se indicato
Monitorare lo stato di idratazione della persona assistita, se indicato

Dare frequenti indicazioni e supervisionare con attenzione, se appropriato
STADIAZIONE DI UNA DIETA
Indicare alla persona di restare a digiuno, se necessario
Chiudere il sondino nasogastrico e monitorare la tolleranza, se appropriato
Monitorare lo stato di coscienza e la presenza del riflesso faringeo, se appropriato
Monitorare la tolleranza all'assunzione di cubetti di ghiaccio e acqua
Determinare se la persona espelle i gas intestinali
Collaborare con gli altri componenti dell'equipe assistenziale per ristabilire la dieta il più rapidamente possibile senza complicanze
Rendere l'ambiente in cui viene offerto il pasto il più piacevole possibile
Annotare le restrizioni dietetiche al letto della persona assistita, nella cartella e nel piano di assistenza

3.2.2 RISCHIO DI INFEZIONE

NOC

INFEZIONE: GRAVITA'	1	2	3	4	5
Febbre
Instabilità della temperatura
Dolore
Sintomi gastrointestinali
Malessere
Brividi
Perdita di appetito
Colonizzazione della coltura ematica
Colonizzazione del dispositivo di accesso vascolare
Leucocitosi
CONOSCENZE: GESTIONE DELL'INFEZIONE	1	2	3	4	5
Modalità di trasmissione
Fattori che contribuiscono alla trasmissione dell'infezione
Modalità che riducono la trasmissione
Segni e sintomi di infezione
Procedure di monitoraggio dell'infezione
Importanza dell'igiene delle mani
Attività che aumentano la resistenza alle infezioni
Treatmento delle infezioni diagnosticare
Importanza dell'adesione al trattamento
Strategie di gestione dello stress
Risorse disponibili nella comunità
STATO IMMUNITARIO	1	2	3	4	5
Funzione gastrointestinale
Temperatura corporea
Integrità della cute

Screening per presenza di infezioni	.	.	.	.	.
Conta totale dei globuli bianchi	.	.	.	.	.
Conta differenziale dei globuli bianchi	.	.	.	.	.
Livello delle cellule T4	.	.	.	.	.
Livello delle cellule T8	.	.	.	.	.
Infezioni ricorrenti	.	.	.	.	.
Calo del peso corporeo	.	.	.	.	.

NIC

CONTROLLO DELLE INFEZIONI
Provvedere a un'accurata pulizia dell'ambiente ogni volta che è stato usato dalla persona
Cambiare il materiale destinato all'assistenza della persona come da procedura aziendale
Avviare le precauzioni indicate per l'isolamento, se appropriato
Mantenere le tecniche dell'isolamento, se appropriato
Insegnare al personale sanitario i metodi migliori per lavarsi le mani
Educare la persona sulle tecniche appropriate per lavarsi le mani
Educare i visitatori a lavarsi le mani all'ingresso e all'uscita dalla stanza della persona
Usare un sapone antimicrobico per il lavaggio delle mani, se appropriato
Lavarsi le mani prima e dopo ogni attività di assistenza alla persona
Rispettare le precauzioni universali
Usare i guanti secondo prescrizione delle precauzioni universali
Usare guanti sterili quando occorre
Mantenere un ambiente asettico ottimale durante l'inserzione di linee venose centrali nella persona assistita allettata
Mantenere un ambiente asettico per cambiare i deflussori e i flaconi per la nutrizione parenterale totale
Promuovere un apporto nutrizionale appropriato
Incoraggiare la persona a riposare
Somministrare la terapia antibiotica eventualmente prescritta o esortare ad assumerla
PROTEZIONE DALLE INFEZIONI
Monitorare i segni/sintomi sistemici e locali di infezione
Monitorare la vulnerabilità alle infezioni
Monitorare il numero assoluto dei granulociti e la formula leucocitaria
Limitare il numero di visitatori, se appropriato
Mantenere le tecniche di isolamento, se appropriato
Ispezionare la cute e le mucose per eventuali segni quali rossore, calore estremo o secrezioni
Prelevare campioni per esami colturali, se necessario
Garantire un sufficiente apporto nutrizionale

Incoraggiare il riposo
Educare la persona a prendere gli eventuali antibiotici prescritti
Insegnare alla persona e ai suoi familiari a riconoscere i segni e i sintomi di infezione e quando riferirli a professionisti della salute
Insegnare alla persona e ai suoi familiari a evitare le infezioni
Assegnare una camera singola, se necessario
SORVEGLIANZA
Determinare i rischi per la salute della persona assistita
Chiedere alle persone assistite di riferire i segni, sintomi e problemi
Stabilire gli intervalli della raccolta dati e della loro analisi, in accordo con le condizioni della persona assistita
Interpretare i dati di laboratorio e contattare il medico, se appropriato
Contattare il medico, se appropriato
Coinvolgere la persona assistita e i suoi familiari nelle attività di monitoraggio
Monitorare i parametri vitali, se appropriato
Monitorare il livello di benessere e avviare le opportune azioni

3.2.3 DIARREA

NOC

ELIMINAZIONE FECALE	1	2	3	4	5
Modello di eliminazione
Controllo dei movimenti intestinali
Colore delle feci
Quantità di feci in rapporto alla dieta
Feci soffici e formate
Facilità di transito delle feci
Tono dello sfintere
Tono muscolare nell'evacuazione delle feci
Suoni intestinali
Presenza di lipidi nelle feci
Presenza di sangue nelle feci
Presenza di muco nelle feci
Stipsi
Diarrea
Dolore durante il transito delle feci
CONTINENZA FECALE	1	2	3	4	5
Riconosce l'urgenza di defecare
Mantiene il modello di eliminazione previsto
Mantiene il controllo del transito intestinale
Elimina le feci almeno ogni 3 giorni
Tono dello sfintere anale adeguato al controllo della defecazione
Risponde in tempo allo stimolo urgente
Raggiunge il gabinetto nell'intervallo tra lo stimolo e l'evacuazione
Assume quantità adeguate di liquidi
Assume quantità adeguate di fibre
Controlla quantità e consistenza delle feci

Diarrea	.	.	.	.	.
Stipsi	.	.	.	.	.
Abuso di lassativi	.	.	.	.	.
Abuso di clisteri	.	.	.	.	.
IDRATAZIONE	1	2	3	4	5
Assunzione di liquidi	.	.	.	.	.
Emissione di urina	.	.	.	.	.
Perfusione tissutale	.	.	.	.	.
Sete	.	.	.	.	.
Urine scure	.	.	.	.	.
Diminuzione della pressione arteriosa	.	.	.	.	.
Polsi rapidi e deboli	.	.	.	.	.
Aumento dell'ematocrito	.	.	.	.	.
Calo del peso corporeo	.	.	.	.	.
Contrazioni muscolari	.	.	.	.	.
Diarrea	.	.	.	.	.

NIC

GESTIONE DELLA DIARREA
Determinare la storia della diarrea
Prelevare un campione di feci per la coltura e l'antibiogramma se la diarrea continua
Insegnare alla persona l'uso corretto dei farmaci antidiarroici
Educare la persona assistita/i familiari a registrare la frequenza delle evacuazioni e il colore, il volume e la consistenza delle feci
Valutare gli alimenti assunti per determinare il contenuto nutrizionale
Insegnare alla persona a eliminare dalla dieta gli alimenti che producono gas e quelli piccanti
Suggerire di eliminare i cibi contenenti lattosio
Identificare i fattori che possono causare o contribuire alla diarrea (per esempio, farmaci, batteri, nutrizione per sonda)
Monitorare i segni/sintomi di diarrea
Istruire la persona assistita a segnalare al personale ogni episodio di diarrea
Monitorare la cute della regione perianale per rilevare un eventuale eritema o lesioni
Valutare la quantità di diarrea/le feci
Pesare regolarmente la persona assistita
Consultare il medico se persiste la presenza dei segni/sintomi di diarrea
Educare la persona a non assumere lassativi
Insegnare alla persona assistita le tecniche per la riduzione dello stress, se appropriato
Aiutare la persona nell'esecuzione di tecniche per la riduzione dello stress
GESTIONE DEI LIQUIDI
Pesare la persona quotidianamente e registrare i dati
Registrare accuratamente entrate e uscite
Monitorare lo stato dell'idratazione (per esempio, mucose umide, adeguatezza dei polsi e della pressione arteriosa ortostatica), se appropriato
Monitorare lo stato emodinamico, compresi pressione venosa centrale, pressione arteriosa media, pressione dell'arteria polmonare e pressione di incuneamento del letto capillare polmonare
Monitorare i parametri vitali, se appropriato
Monitorare eventuali indicazioni di sovraccarico/ritenzione di liquidi, se appropriato
Monitorare lo stato nutrizionale

Distribuire l'assunzione dei liquidi nell'arco delle 24 ore, se appropriato
Monitorare la risposta della persona alla terapia elettrolitica prescritta
MONITORAGGIO DEI LIQUIDI
Determinare la tipologia e la quantità di liquidi assunti e le abitudini relative alla loro eliminazione
Monitorare il peso della persona
Monitorare le entrate e le uscite
Registrare accuratamente entrate e uscite (per esempio, assunzione orale, assunzione enterale, somministrazione liquidi EV, antibiotici, liquidi forniti con farmaci, sondino nasogastrico (NG), drenaggi, sonda intestinale, drenaggio colostomia e diuresi)
Registrare gli episodi di incontinenza negli assistiti che necessitano un preciso controllo delle entrate e uscite
Somministrare liquidi, se appropriato
Garantire la corretta velocità di somministrazione di infusioni tramite l'accesso venoso o la via enterale, soprattutto se non sono regolati da un pompa
Limitare e assegnare la quantità di liquidi da ingerire, se appropriato
Verificare periodicamente i moduli utilizzati per il bilancio idrico per garantire modalità di intervento efficaci.
CURA PERINEALE
Assistere le cure igieniche
Mantenere il perineo asciutto
Applicare impacco freddo, se necessario
Educare la persona sull'appropriato uso dei servizi igienici
Pulire il perineo a fondo a intervalli regolari
Mantenere la persona assistita in una posizione confortevole
Applicare barriere protettive (per esempio, ossido di zinco, petrolato), se appropriato
Fornire medicazioni contro il dolore, se appropriato
Educare la persona assistita o altre persone significative sull'ispezione del perineo per rilevare segni di un'eventuale alterazione (per esempio, infezione, lesione della pelle, eruzione cutanea, eliminazione anormale), se appropriato

3.2.4 RISCHIO DI INTEGRITA' CUTANEA COMPROMESSA

NOC

INTEGRITA' TISSUTALE: CUTE E MUCOSE	1	2	3	4	5
Temperatura corporea
Sensibilità
Elasticità
Idratazione
Spessore
Perfusione tissutale
Integrità della cute
Lesioni cutanee
TERMOREGOLAZIONE	1	2	3	4	5
Formazione di pelle d'oca quando ha freddo
Suda quando ha caldo
Rabbrivisce quando ha freddo
Riferisce benessere termico
Aumento della temperatura cutanea
Diminuzione della temperatura cutanea
Ipertermia
Ipotermia
Sonnolenza
Disidratazione
STOMIA: AUTOCURA	1	2	3	4	5
Descrive il funzionamento della stomia
Descrive lo scopo della stomia
Cura la pelle attorno alla stomia
Usa la corretta tecnica di irrigazione
Svuota la sacca da stomia
Sostituisce la sacca da stomia
Monitora le complicanze correlate alla stomia

Monitora la quantità e la consistenza delle feci	.	.	.	.	.
Segue il programma stabilito per la sostituzione della sacca da stomia	.	.	.	.	.
Si procura i materiali per la cura della stomia	.	.	.	.	.
Evita cibi e bevande che danno flatulenza	.	.	.	.	.
Mantiene un adeguato apporto di liquidi	.	.	.	.	.
Segue la dieta raccomandata	.	.	.	.	.
Evita i cibi che producono odori	.	.	.	.	.
Ottiene l'assistenza di un professionista della salute	.	.	.	.	.
Esprime accettazione della stomia	.	.	.	.	.

NIC

SORVEGLIANZA DELLA CUTE
Ispezionare la cute e le mucose per individuare arrossamenti, calore eccessivo, edema o secrezioni (perdita di liquido)
Monitorare il colorito e la temperatura della cute
Monitorare eventuali segni di infezione, specie nelle aree edematose
Registrare i cambiamenti della cute o delle mucose
Educare un familiare e/o caregiver sui segni di alterazione e/o ulcerazione della cute, se appropriato
REGOLAZIONE DELLA TEMPERATURA
Monitorare il colorito e la temperatura cutanea della persona assistita
Monitorare e riferire eventuali segni/sintomi di ipotermia e di ipertermia
Promuovere un apporto di liquidi e nutrienti adeguato
Educare sui segni dell'ipotermia e il trattamento di emergenza opportuno, se appropriato
Somministrare, su prescrizione medica, farmaci appropriati per prevenire e controllare i brividi
Somministrare, su prescrizione medica, farmaci antipiretici, se appropriato
ASSISTENZA ALLA PERSONA: STOMIA
Educare la persona assistita/le altre persone significative sull'uso degli strumenti e sulla cura della stomia
Assistere la persona assistita nel procurarsi gli strumenti
Applicare in modo appropriato gli strumenti adattandoli alla stomia, se necessario
Controllare la ferita e la guarigione della stomia
Monitorare la guarigione della stomia/del tessuto circostante e l'adattamento degli strumenti per la stomia
Cambiare/vuotare la sacca della stomia, come appropriato
Irrigare la stomia, come appropriato
Assistere la persona nell'attività di cura di sé
Indagare la cura della stomia da parte della persona assistita
Spiegare alla persona che la cura della stomia dovrà entrare a far parte delle sue routine quotidiane
Insegnare alla persona a monitorare le complicanze

Educare la persona sui metodi per ridurre l'odore
Monitorare i modelli di eliminazione
Assistere la persona a identificare i fattori che influiscono sui modelli di eliminazione
Fornire sostegno e assistenza mentre la persona sviluppa le capacità di cura della stomia/dei tessuti circostanti
Esprimere fiducia che la persona con stomia potrà riprendere una vita normale
Favorire la partecipazione ai gruppi di sostegno per ostomizzati dopo la dimissione

3.2.5 INTERAZIONI SOCIALI COMPROMESSE

NOC

ANSIA SOCIALE: LIVELLO	1	2	3	4	5
Evita situazioni sociali
Evita le persone non familiari
Evita di lasciare la casa
Ansia anticipatrice di situazioni sociali
Ansia che anticipa l'incontro con persone non familiari
Paura del giudizio altrui
Paura di interagire con persone di sesso opposto
Paura di interagire con i superiori
Disagio durante gli incontri sociali
Disagio con il cambiamento di routine
Preoccupazione per il giudizio degli altri dopo gli incontri sociali
Sintomi di panico in situazioni sociali
COINVOLGIMENTO SOCIALE	1	2	3	4	5
Si connette quotidianamente con gli altri
Interagisce con i familiari
Valuta la rete sociale personale
Stabilisce nuove relazioni
Partecipa ad attività di gruppo
Partecipa alle offerte educative
STATO DI BENESSERE SOCIOCULTURALE	1	2	3	4	5
Sostegno sociale della famiglia
Relazioni con i familiari
Interazioni sociali con gli altri
Uso della lingua locale
Capacità di comunicare le proprie necessità

Uso di strategie per migliorare la comunicazione	.	.	.	.	.
Prontezza nel chiedere aiuto agli altri	.	.	.	.	.
FAMIGLIA: CLIMA SOCIALE	1	2	3	4	5
Adotta strategie di comunicazione positive	.	.	.	.	.
Mantiene relazioni con i componenti della famiglia stessa	.	.	.	.	.
Partecipa agli eventi della comunità	.	.	.	.	.
Sostegno reciproco tra i componenti della famiglia	.	.	.	.	.
Garantisce la privacy ai suoi componenti	.	.	.	.	.
Condivide il processo di adozione delle decisioni	.	.	.	.	.
Condividono tra loro i sentimenti	.	.	.	.	.
Condividono tra loro i problemi	.	.	.	.	.
Discutono le questioni importanti della famiglia	.	.	.	.	.
Risolvono insieme i problemi	.	.	.	.	.
Promuovono la coesione	.	.	.	.	.

NIC

MIGLIORAMENTO DELLA SOCIALIZZAZIONE
Incoraggiare a un maggior coinvolgimento nei rapporti già instaurati
Incoraggiare la pazienza nello sviluppo dei rapporti
Incoraggiare i rapporti con le persone che hanno interessi e obiettivi comuni
Incoraggiare le attività sociali e collettive
Incoraggiare la condivisione di problemi comuni con altre persone
Incoraggiare il rispetto per i diritti delle altre persone
Fornire un riscontro nel miglioramento della cura di sé o su altre attività
Aiutare la persona assistita ad accrescere la consapevolezza dei punti di forza e dei limiti nella comunicazione con gli altri
Confrontarsi con la persona assistita rispetto a un giudizio alterato, se appropriato
Richiedere e attendersi una comunicazione verbale
Fornire un riscontro positivo quando la persona assistita interagisce con altre persone
Esaminare i punti di forza e di debolezza dei rapporti in essere
SOSTEGNO NELLA MODIFICA DEL COMPORTAMENTO: ABILITA' SOCIALI
Aiutare la persona a identificare i problemi interpersonali risultanti da deficit di abilità sociali
Incoraggiare la persona a parlare delle proprie emozioni associate a problemi interpersonali
Identificare specifiche abilità sociali che costituiscono il focus dell'addestramento
Aiutare la persona a identificare fasi e aspetti comportamentali delle abilità sociali scelte come obiettivo
Quando è il caso, educare le persone significative per l'assistito (per esempio, i familiari, gli amici e il datore di lavoro) sulla finalità e il processo dell'addestramento alle abilità sociali
Incoraggiare la persona assistita e le altre persone significative a valutare da sole i risultati delle loro interazioni sociali, a premiarsi per i risultati positivi ottenuti e ad affrontare il problema rappresentato dai risultati meno desiderabili
SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA
Promuovere una relazione aperta e di fiducia con la famiglia
Accettare i valori propri della famiglia senza dare giudizi
Prestare ascolto alle preoccupazioni, ai sentimenti e alle domande dei familiari

Facilitare la comunicazione delle preoccupazioni e dei sentimenti tra la persona assistita e i familiari o tra i componenti della famiglia
Aiutare la famiglia ad assegnare le priorità ai propri bisogni di salute
Orientare i familiari al contesto assistenziale, come l'ospedale o l'ambulatorio
Identificare la corrispondenza fra le aspettative della persona assistita, quelle dei familiari e quelle dei professionisti della salute
Fornire alla famiglia l'opportunità di applicare strategie di coping che potrebbero funzionare nella situazione attuale
Assicurare ai familiari feedback relativi al loro coping
Spiegare ai familiari i piani di assistenza medica e infermieristica
Includere i familiari, insieme alla persona assistita, nelle decisioni da prendere riguardo all'assistenza, se appropriato
Incoraggiare i familiari a essere assertivi nel chiedere informazioni, se appropriato
Prestare assistenza alla persona quando la famiglia non sembra in grado di farlo

3.2.6 DISTURBO DELL'IMMAGINE CORPOREA

NOC

IMMAGINE CORPOREA	1	2	3	4	5
Immagine interiore di sé
Congruenza tra realtà corporea, ideale corporeo e presentazione corporea
Descrizione della parte del corpo colpita
Tendenza a toccare la parte del corpo colpita
Tendenza a usare strategie per migliorare l'aspetto
Soddisfazione per l'aspetto del corpo
Adattamento ai cambiamenti dell'aspetto fisico
Adattamento ai cambiamenti delle condizioni di salute
Adattamento ai cambiamenti corporei dovuti a interventi chirurgici
SALUTE: ACCETTAZIONE DEL PROPRIO STATO	1	2	3	4	5
Abbandona il precedente concetto di salute personale
Riconosce la realtà delle proprie condizioni di salute
Mantiene le relazioni
Si adatta al cambiamento dello stato di salute
Esprime pace interiore
Ricerca informazioni sulla salute
Affronta la situazione di salute
Prende decisioni relative alla salute
Stabilisce le priorità di vita
Attua attività relative alla cura di sé
IDENTITA' PERSONALE	1	2	3	4	5
Dichiara i sentimenti personali
Dichiara i pensieri personali

Fa affermazioni di identità personale	.	.	.	.	.
Esprime se stesso con comportamenti verbali e non verbali coerenti	.	.	.	.	.
Differenzia se stesso dalle altre persone	.	.	.	.	.
Stabilisce i confini personali	.	.	.	.	.
Sfida le errate convinzioni relative a se stesso	.	.	.	.	.
Sfida le immagini negative di se stesso	.	.	.	.	.
Distingue i conflitti interpersonali da quelli interiori	.	.	.	.	.
Dichiara fiducia in se stesso	.	.	.	.	.
Dichiara il proprio valore	.	.	.	.	.

NIC

ASCOLTO ATTIVO
Servirsi di domande e affermazioni per incoraggiare la persona assistita a esprimere pensieri, sensazioni e preoccupazioni
Concentrarsi interamente sull'interazione eliminando pregiudizi, supposizioni, interesse per questioni personali che preoccupano e altre distrazioni
Mostrare consapevolezza e sensibilità nei confronti delle emozioni
Prestare ascolto ai messaggi e alle sensazioni inesprese, così come al contenuto, della conversazione
Determinare il significato del messaggio riflettendo su atteggiamenti, esperienze passate e situazione presente
Evitare ostacoli dell'ascolto attivo (quali, per esempio, minimizzare le sensazioni, suggerire soluzioni facili, interrompere, parlare di sé, conclusione prematura)
Usare il silenzio/l'ascolto per incoraggiare l'espressione di sensazioni, pensieri e preoccupazioni
PRESENZA
Dimostrare un atteggiamento di accettazione
Stabilire un rapporto di fiducia e di attenzione positiva
Prestare ascolto alle preoccupazioni della persona
Usare il silenzio quando è opportuno
Essere fisicamente disponibili e prestare aiuto
Rimanere fisicamente presenti senza aspettare necessariamente risposte che esprimano reciprocità
Rimanere vicino alla persona per darle sicurezza e ridurre la sua paura
Offrirsi per contattare altre persone di sostegno
GRUPPO DI SOSTEGNO
Determinare il livello e l'appropriatezza dei sistemi di sostegno disponibili per gli assistiti
Creare un'atmosfera rilassata e di accettazione
Formare un gruppo che abbia dimensioni ottimali (per esempio da 5 a 12 componenti)
Monitorare e dirigere il coinvolgimento dei componenti del gruppo
Incoraggiare l'espressione e la condivisione delle esperienze
Incoraggiare l'appropriato riferimento ad altri professionisti per informazioni

Enfatizzare le responsabilità e il controllo personali
Non permettere al gruppo di trasformarsi in una assemblea non produttiva
Assistere il gruppo nei progressi verso i successivi stadi di sviluppo: dall'orientamento alla coesione alla sua conclusione
Mirare a risolvere la necessità del gruppo come un corpo unico, così come la necessità dei singoli componenti
Invitare la persona a ricorrere alla consulenza di altri specialisti, se necessario

3.2.7 DOLORE CRONICO

NOC

DOLORE: CONTROLLO	1	2	3	4	5
Riconosce l'inizio del dolore
Descrive i fattori causali primari
Descrive i fattori che contribuiscono al dolore
Ottiene informazioni sul controllo del dolore
Descrive il dolore
Discute le opzioni di trattamento del dolore con il professionista della salute
Usa un diario per monitorare i sintomi nel tempo
Adotta misure di prevenzione del dolore
Adotta misure di sollievo non analgesiche
Monitora gli effetti terapeutici delle misure di sollievo non analgesiche
Usa gli analgesici come raccomandato
Monitora gli effetti terapeutici degli analgesici
Monitora gli effetti avversi degli analgesici
Evita l'abuso di farmaci
Esegue tecniche di rilassamento efficaci
Riferisce cambiamenti relativi ai sintomi di dolore al professionista della salute
Riferisce sintomi di dolore non controllabili al professionista della salute
Riconosce i sintomi associati al dolore
Riferisce che il dolore è sotto controllo
DOLORE: LIVELLO	1	2	3	4	5
Dolore riferito
Durata degli episodi di dolore
Arrossamento dell'area interessata
Lamento e pianto
Espressioni facciali di dolore

Irrequietezza	.	.	.	.	.
Agitazione	.	.	.	.	.
Irritabilità	.	.	.	.	.
Brivido	.	.	.	.	.
Pianto	.	.	.	.	.
Diaforesi	.	.	.	.	.
Andatura a grandi passi	.	.	.	.	.
Perdita di appetito	.	.	.	.	.
Nausea	.	.	.	.	.
Frequenza respiratoria	.	.	.	.	.
Frequenza cardiaca apicale	.	.	.	.	.
Frequenza cardiaca radiale	.	.	.	.	.
Pressione arteriosa	.	.	.	.	.
DOLORE: EFFETTI DESTABILIZZANTI	1	2	3	4	5
Disagio	.	.	.	.	.
Interruzione delle relazioni interpersonali	.	.	.	.	.
Compromissione della concentrazione	.	.	.	.	.
Perdita del senso di controllo	.	.	.	.	.
Compromissione dell'umore	.	.	.	.	.
Mancanza di pazienza	.	.	.	.	.
Sonno interrotto	.	.	.	.	.
Interruzione della routine	.	.	.	.	.
Compromissione della mobilità	.	.	.	.	.
Interferenze con le attività di vita quotidiana (ADL)	.	.	.	.	.
Mancanza di speranza	.	.	.	.	.
SINTOMI: CONTROLLO	1	2	3	4	5
Monitora l'insorgenza dei sintomi	.	.	.	.	.
Monitora la persistenza dei sintomi	.	.	.	.	.
Monitora la gravità dei sintomi	.	.	.	.	.
Monitora la frequenza dei sintomi	.	.	.	.	.
Monitora la variazione dei sintomi	.	.	.	.	.

Ricorre a misure preventive	.	.	.	.	.
Ricorre a misure di sollievo dei sintomi	.	.	.	.	.
Ottiene assistenza sanitaria quando appaiono segnali di allerta	.	.	.	.	.
Riferisce il controllo dei sintomi	.	.	.	.	.

NIC

GESTIONE DEL DOLORE: CRONICO
Effettuare una valutazione complessiva del dolore che comprenda la sede, l'inizio e la durata, la frequenza, la qualità, l'intensità, i fattori che alleviano il dolore e quelli scatenanti
Utilizza uno strumento di valutazione del dolore cronico valido e affidabile
Analizzare le conoscenze e le convinzioni della persona relativamente al dolore, incluse le influenze culturali
Determinare l'impatto dell'esperienza di dolore sulla qualità della vita (per esempio, sonno, appetito, attività, capacità cognitive, umore, relazioni, rendimento sul lavoro e responsabilità di ruolo)
Valutare insieme alla persona assistita l'efficacia delle misure di controllo del dolore adottate in passato
Verificare a intervalli frequenti il livello di dolore percepito dalla persona assistita, se necessario incrementare la frequenza in occasione della rilevazione dei parametri vitali o a ogni contatto
Parlare con la persona assistita per valutare qual è la soglia del dolore che le consente di percepire benessere e di avere una vita quotidiana soddisfacente, e condividere la terapia per cercare di mantenere il dolore al di sotto di tale soglia
Assicurarsi che la persona riceva un sollecito trattamento analgesico prima che il dolore si aggravi o prima delle procedure dolorose
Per favorire il sollievo dal dolore scegliere e attuare interventi mirati per la persona assistita, valutando rischi e benefici e tenendo conto delle sue preferenze (per esempio, farmacologici, non farmacologici, interpersonali), se appropriato
Educare la persona assistita e la famiglia sui principi di gestione del dolore
Incoraggiare la persona assistita a monitorare il proprio dolore e ad attuare gli interventi di auto-gestione
Incoraggiare l'uso appropriato di tecniche non farmacologiche e opzioni farmacologiche come misure per controllare il dolore
Collaborare con la persona, la famiglia e altri professionisti della salute alla scelta e all'attuazione di misure per il controllo del dolore
Prevenire o gestire gli effetti collaterali dei farmaci
Valutare l'efficacia delle misure per il controllo del dolore mediante il continuo accertamento dell'esperienza dolorosa
Modificare le misure di controllo del dolore in funzione della risposta della persona assistita al trattamento
Coinvolgere la famiglia nelle modalità di riduzione/sollievo del dolore, se appropriato

Utilizzare un approccio multidisciplinare alla gestione del dolore, se appropriato
SOMMINISTRAZIONE DI ANALGESICI
Stabilire modelli di comunicazione efficaci tra assistito, famiglia e caregiver per raggiungere un'adeguata gestione del dolore
Garantire un approccio olistico alla gestione del dolore (per esempio, considerare in modo adeguato le influenze fisiologiche, sociali, spirituali, psicologiche e culturali)
Prima di somministrare farmaci alla persona assistita, determinare l'insorgenza del dolore, la sede, la durata, la tipologia, le misure di sollievo, sintomi contribuenti, gli effetti sull'assistito e la gravità
Controllare la prescrizione del medico relativa al farmaco, al dosaggio e alla frequenza di somministrazione dell'analgescico prescritto
Determinare le precedenti risposte della persona assistita agli analgesici (per esempio, se i farmaci non oppioidi sono efficaci quanto gli oppioidi)
Determinare le precedenti dosi e vie di somministrazione dell'analgescico alla persona assistita onde evitare il sotto- o il sovra- trattamento
Controllare la storia di allergia ai farmaci
Coinvolgere la persona assistita nella scelta dell'analgescico, della via di somministrazione e del dosaggio, se appropriato
Scegliere l'analgescico appropriato o l'associazione di analgesici quando ne sia prescritto più di uno
Determinare la selezione degli analgesici (narcotici, non narcotici o FANS), in base al tipo e alla gravità del dolore
Scegliere la via di somministrazione endovenosa piuttosto che quella intramuscolare in caso di frequenti iniezioni di antidolorifici, quando è possibile
Monitorare i parametri vitali prima e dopo la somministrazione di analgesici narcotici quando si tratta della prima dose o qualora si rilevino segni insoliti
Distribuire la somministrazione degli analgesici nelle 24 ore in modo appropriato, in particolare quando il dolore è intenso, per evitare rilevanti oscillazioni degli effetti analgesici
Prendere in considerazione la possibilità di un'infusione continua, da sola o con oppioidi in bolo, per mantenere costante il livello ematico
Informare l'interessato che nei primi 2-3 giorni di somministrazione di narcotici si può manifestare sonnolenza, che poi si risolve
Documentare la risposta dell'analgescico e ogni effetto indesiderato
Insegnare alla persona assistita e ai familiari come utilizzare gli analgesici, le strategie per diminuire gli effetti collaterali e le aspettative di coinvolgimento nelle decisioni relative al sollievo dal dolore

ASSISTENZA ALLA PERSONA: ANALGESIA CONTROLLATA DALL'ASSISTITO (PCA)
Collaborare con i medici, la persona assistita e i familiari nel selezionare il tipo di analgesico che deve essere usato
Raccomandare la somministrazione di aspirina e altri antinfiammatori non steroidei in associazione con gli analgesici, se appropriato
Verificare la capacità della persona assistita di usare l'apparecchio per PCA (analgesia controllata dall'assistito) (per esempio, riesce a comunicare, comprende le spiegazioni, segue le istruzioni)
Collaborare con la persona assistita e i familiari nel selezionare l'appropriato tipo di dispositivo per l'infusione controllata
Educare la persona assistita e i familiari su come usare il dispositivo PCA
Aiutare la persona assistita e i familiari a calcolare l'appropriata concentrazione del farmaco, considerando la quantità di liquido rilasciato ogni ora attraverso l'apparecchio
Assistere la persona o i familiari a somministrare un opportuno bolo iniziale con dose appropriata di analgesico
Consultarsi con esperti nel caso in cui la persona abbia difficoltà a ottenere il controllo del dolore

3.2.8 NAUSEA

NOC

NAUSEA E VOMITO: CONTROLLO	1	2	3	4	5
Riconosce l'attacco di nausea
Descrive i fattori causali
Riconosce gli stimoli precipitanti
Usa un diario per monitorare i sintomi nel tempo
Usa misure preventive
Utilizza i punti di digitopressione alle prime sensazioni di nausea
Beve piccole quantità di liquidi
Consuma porzioni di cibo più piccole durante i pasti
Evita i fattori causali quando possibile
Evita gli odori sgradevoli
Usa farmaci antiemetici come raccomandato
Riferisce l'insuccesso del trattamento con antiemetici
Riferisce fastidiosi effetti collaterali degli antiemetici
Riferisce i sintomi non controllati ai professionisti della salute
Riferisce il controllo della nausea
Riferisce il controllo dei conati
Riferisce il controllo del vomito
NAUSEA E VOMITO: GRAVITA'	1	2	3	4	5
Frequenza della nausea
Intensità della nausea
Stress dovuto all'intensità della nausea
Stress dovuto ai conati di vomito
Alterazione del gusto
Intolleranza agli odori

Calo del peso corporeo	.	.	.	.	.
Bruciori di stomaco	.	.	.	.	.
Dolori gastrici	.	.	.	.	.
Vomito a getto	.	.	.	.	.
Vomito caffeeano	.	.	.	.	.
Vomito fecaloide	.	.	.	.	.
Squilibrio elettrolitico	.	.	.	.	.
RISPOSTA AI FARMACI	1	2	3	4	5
Effetti terapeutici attesi	.	.	.	.	.
Cambiamenti previsti nella sintomatologia	.	.	.	.	.
Mantenimento dei livelli ematici attesi del farmaco	.	.	.	.	.
Reazione allergica	.	.	.	.	.
Effetti avversi	.	.	.	.	.
Interazione tra farmaci	.	.	.	.	.
Intolleranza al farmaco	.	.	.	.	.

NIC

GESTIONE DELLA NAUSEA
Esortare la persona a monitorare la propria esperienza di nausea
Incoraggiare la persona a imparare strategie per gestire la nausea
Effettuare un accertamento completo sulla nausea che comprenda la frequenza, la durata, la gravità e i fattori scatenanti
Valutare l'impatto dell'esperienza di nausea sulla qualità di vita
Identificare i fattori (per esempio, farmaci e procedure) che possono causare o contribuire alla nausea
Assicurarsi che siano somministrati efficaci farmaci antiemetici per prevenire la nausea quando è possibile
Controllare i fattori ambientali che possono provocare la nausea (per esempio, odori sgradevoli, rumori e stimoli visivi sgradevoli)
Ridurre o eliminare i fattori personali che possono causare o aumentare la nausea (ansia, paura, fatigue e mancanza di conoscenze)
Identificare le strategie che hanno avuto successo nell'alleviare la nausea
Incoraggiare la persona a non rassegnarsi alla nausea ma a essere assertiva con i professionisti della salute per ottenere sollievo con farmaci e altri mezzi
Insegnare l'uso di tecniche non farmacologiche (per esempio, biofeedback, ipnosi, rilassamento, immaginazione guidata, musicoterapia, distrazione, agopuntura) per tenere la nausea sotto controllo
Informare gli altri professionisti della salute e i familiari delle tecniche non farmacologiche utilizzate dalla persona soggetta a nausea
Promuovere un riposo e un sonno adeguato per facilitare il sollievo dalla nausea
Pesare regolarmente la persona
Dare informazioni sulla nausea, per esempio sui fattori causali e sulla probabile durata
Monitorare gli effetti della gestione della nausea
GESTIONE DEL VOMITO
Accertare le caratteristiche del vomito come colore, consistenza, presenza di sangue, insorgenza e durata
Misurare o stimare il volume del vomito
Suggerire di munirsi di un sacchetto in cui contenere il vomito
Identificare i fattori (per esempio, farmaci e procedure) che possono causare o contribuire al vomito

Assicurarsi che, se prescritto, vengano somministrati dei farmaci antiemetici per prevenire il vomito
Controllare i fattori ambientali che possono stimolare il vomito (per esempio, odori repellenti, suoni e visioni disgustose)
Ridurre o eliminare i fattori personali che contribuiscono o aumentano il vomito (ansia, paura, mancanza di conoscenza)
Posizionare la persona in modo da prevenire l'aspirazione nelle vie aeree
Mantenere pervia la via respiratoria orale
Assicurare benessere (per esempio, porre un panno freddo sulla fronte, lavare il viso, fornire indumenti asciutti e puliti) durante/dopo l'episodio del vomito
Effettuare l'igiene orale per detergere naso e bocca
Assicurare la pulizia ambientale dopo l'episodio di vomito con particolare attenzione alla rimozione degli odori
Monitorare il bilancio idroelettrolitico
Favorire il riposo
Assistere la persona e i familiari a sviluppare competenze di autocura
DISTRAZIONE
Incoraggiare la persona a scegliere le tecniche di distrazione che preferisce (per esempio, la musica, la conversazione, il racconto dettagliato di un fatto o di una storia, ricordando un evento positivo, concentrandosi sulla foto o su un oggetto neutro, l'immaginazione guidata o l'umorismo o esercizi di respirazione profonda)
Identificare con la persona una lista di attività piacevoli (per esempio, esercizio fisico, fare passeggiare, bagni, parlare con amici o familiari)
Insegnare alla persona a focalizzarsi sulla tecnica di distrazione (per esempio, suggerendo parole neutre, attrezzature o materiali) prima del momento necessario, se possibile
Incoraggiare la partecipazione della famiglia e di altre persone significative e assicurare il relativo insegnamento, se necessario
Usare la distrazione da sola o insieme ad altre tecniche o ad altre distrazioni (distrazione sensoriale multipla), se appropriato
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
Contribuire a sviluppare le politiche e le procedure aziendali per una somministrazione dei farmaci esatta e sicura
Creare e utilizzare un ambiente che renda il più possibile sicura ed efficace la somministrazione dei farmaci

Evitare interruzioni durante la preparazione, la verifica e la somministrazione dei farmaci
Verificare la prescrizione prima di somministrare il farmaco
Prendere nota delle allergie della persona prima di somministrare qualsiasi farmaco, se appropriato
Aiutare la persona, nell'assunzione del farmaco
Somministrare il farmaco usando la tecnica e la via di somministrazione appropriate
Educare la persona assistita e i suoi familiari sull'azione attesa e sugli effetti avversi del farmaco
Documentare la somministrazione del farmaco e la risposta della persona (includere il nome generico del farmaco/principio attivo, dose, orario, via di somministrazione, motivo di somministrazione ed effetto ottenuto), come indicato dai protocolli aziendali

3.2.9 ANSIA

NOC

ANSIA: LIVELLO	1	2	3	4	5
Inquietudine
Camminata irrequieta
Torsione delle mani
Iperattività
Angoscia
Disagio
Nervosismo
Eccessiva preoccupazione
Sentirsi inutile
Senso di colpa
Tensione muscolare
Cefalea
Dolore
Tensione facciale
Irritabilità
Indecisione
Scoppi di rabbia
Problemi comportamentali
Difficoltà di rilassamento
Attacchi di panico
Dichiarazione di ansia
Aumento della pressione arteriosa
Aumento della frequenza cardiaca
Aumento della frequenza respiratoria
Sudorazione
Disinteresse per la vita
Cambiamenti nel modello intestinale

Cambiamenti nel modello di alimentazione	.	.	.	.	.
ANSIA: AUTOCONTROLLO	1	2	3	4	5
Controlla l'intensità dell'ansia	.	.	.	.	.
Elimina i precursori dell'ansia	.	.	.	.	.
Identifica i fattori che innescano l'ansia	.	.	.	.	.
Riduce gli stimoli ambientali quando è ansioso	.	.	.	.	.
Ricerca informazioni per ridurre l'ansia	.	.	.	.	.
Usa tecniche di rilassamento per ridurre l'ansia	.	.	.	.	.
Controlla la respirazione quando è ansioso	.	.	.	.	.
Controlla la durata degli episodi	.	.	.	.	.
Mantiene le relazioni sociali	.	.	.	.	.
Condivide le preoccupazioni con gli altri	.	.	.	.	.
Mantiene un sonno adeguato	.	.	.	.	.
Assume i farmaci secondo prescrizione	.	.	.	.	.
Controlla le manifestazioni fisiche dell'ansia	.	.	.	.	.
Controlla le manifestazioni comportamentali dell'ansia	.	.	.	.	.
Rispetta gli appuntamenti con i professionisti della salute	.	.	.	.	.
Controlla la risposta all'ansia	.	.	.	.	.
COPING	1	2	3	4	5
Individua modelli di coping efficace	.	.	.	.	.
Individua modelli di coping inefficace	.	.	.	.	.
Dichiara senso di controllo	.	.	.	.	.
Cerca informazioni attendibili sulle diagnosi	.	.	.	.	.
Cerca informazioni attendibili sui trattamenti	.	.	.	.	.
Dichiara il bisogno di assistenza	.	.	.	.	.
Ottiene l'assistenza di un professionista della salute	.	.	.	.	.
Riferisce una diminuzione dei sintomi negativi	.	.	.	.	.
Riferisce un aumento del benessere psicologico	.	.	.	.	.

NIC

RIDUZIONE DELL'ANSIA
Adottare un approccio calmo e rassicurante
Dire chiaramente ciò che ci si attende dal comportamento della persona assistita
Spiegare tutte le procedure, comprese le sensazioni che è probabile provare durante il loro svolgimento
Cercare di capire come la persona assistita vive una situazione di stress
Fornire informazioni concrete relativamente alla diagnosi, al trattamento e alla prognosi
Stare vicino alla persona per promuovere la sicurezza e ridurre la paura
Incoraggiare i familiari a rimanere accanto alla persona assistita, se appropriato
Ascoltare con attenzione
Creare un'atmosfera che favorisca la fiducia
Incoraggiare la persona assistita a trovare le parole per esprimere le sue sensazioni, percezioni e paure
Rilevare i cambiamenti del livello di ansia
Aiutare la persona assistita a individuare le situazioni che aumentano l'ansia
Determinare le capacità decisionali della persona assistita
Insegnare alla persona l'uso di tecniche di rilassamento
Osservare per rilevare segni/sintomi, verbali e non verbali, di ansia
TECNICA CALMANTE
Mantenere un modo di fare calmo e fermo
Mantenere il contatto visivo con la persona assistita
Ridurre o eliminare gli stimoli che producono paura o ansia
Rimanere accanto alla persona assistita
Rassicurare la persona circa la sua sicurezza e protezione
Fornire il tempo e lo spazio per stare da soli, se appropriato
Sedersi e parlare con la persona assistita
Insegnare alla persona assistita i metodi che può usare per ridurre l'ansia (per esempio, tecniche di respirazione lenta, distrazione, visualizzazione, meditazione, rilassamento muscolare progressivo, ascolto di musica rilassante), quando è il caso.
Somministrare ansiolitici, se necessario e prescritto

MIGLIORAMENTO DEL COPING
Aiutare la persona a risolvere i problemi in modo costruttivo
Valutare il grado di comprensione che la persona ha del decorso della malattia
Usare un approccio calmo e rassicurante
Assicurare un'atmosfera di accoglienza
Assicurare informazioni basate sui fatti relativamente alla diagnosi, al trattamento e alla prognosi
Valutare le capacità decisionali della persona assistita
Incoraggiare l'espressione verbale di sentimenti, percezioni e paure
Incoraggiare il coinvolgimento dei familiari, se appropriato
CONSULENZA TELEFONICA
Chiedere le informazioni legate allo scolo della chiamata
Identificare le preoccupazioni legate allo stato di salute
Identificare il grado di sostegno e di coinvolgimento nell'assistenza assicurato dalla famiglia
Informarsi sui possibili disagi riferiti/sintomi correlati
Determinare la risposta psicologica alla situazione e la disponibilità di sistemi di supporto
Stabilire se le preoccupazioni espresse richiedono un'ulteriore valutazione
Rispondere alle domande

3.2.10 RISCHIO DI SQUILIBRIO ELETTROLITICO

NOC

EQUILIBRIO ELETTROLITICO	1	2	3	4	5
Diminuzione della sodiemia
Aumento della sodiemia
Diminuzione della potassiemia
Aumento della potassiemia
Diminuzione della cloremia
Aumento della cloremia
Diminuzione della calcemia
Aumento della calcemia
Diminuzione della magnesiemia
Aumento della magnesiemia
Diminuzione della fosforemia
Aumento della fosforemia
FUNZIONALITA' RENALE	1	2	3	4	5
Eliminazione di urina nelle 8 ore
Bilancio tra entrate-uscite nelle 24 ore
PH dell'urina
Elettroliti nell'urina
Iperazotemia
Iperpotassiemia
Aumento del peso corporeo
Nausea
Malessere
CONTROLLO DEI RISCHI	1	2	3	4	5
Ricerca informazioni aggiornate sui rischi per la salute
Identifica i fattori di rischio
Sviluppa efficaci strategie di controllo dei rischi
Si impegna nelle strategie di controllo dei rischi

Modifica lo stile di vita per ridurre i rischi	.	.	.	.	.
Partecipa allo screening per problemi correlati alla salute	.	.	.	.	.
Riconosce i cambiamenti nello stato di salute	.	.	.	.	.
Monitora i cambiamenti dello stato di salute generale	.	.	.	.	.
BILANCIO IDRICO	1	2	3	4	5
Pressione arteriosa	.	.	.	.	.
Frequenza cardiaca	.	.	.	.	.
Frequenza respiratoria	.	.	.	.	.
Pressione arteriosa media	.	.	.	.	.
Pressione venosa centrale	.	.	.	.	.
Pressione apicale polmonare	.	.	.	.	.
Polsi periferici	.	.	.	.	.
Bilancio tra assunzione ed eliminazione nelle 24 ore	.	.	.	.	.
Stabilità del peso corporeo	.	.	.	.	.
Elettroliti ematici	.	.	.	.	.
Funzionalità renale	.	.	.	.	.
Peso specifico delle urine	.	.	.	.	.
Diuresi	.	.	.	.	.
Crampi muscolari	.	.	.	.	.

NIC

MONITORAGGIO DEGLI ELETTROLITI
Monitorare il livello sierico degli elettroliti
Monitorare i livelli sierici dell'albumina e delle proteine totali, se indicato
Monitorare l'insorgenza di un eventuale squilibrio acido-base
Identificare le possibili cause degli squilibri elettrolitici
Monitorare per perdita di liquidi e una perdita associata di elettroliti, se appropriato
Monitorare nausea, vomito e diarrea
Identificare i trattamenti che sono in grado di modificare lo stato elettrolitico, come l'aspirazione gastrointestinale, i diuretici, gli antipertensivi e i calcio-antagonisti
Monitorare la condizione clinica di base che può portare a uno squilibrio elettrolitico
Assicurare una dieta appropriata allo squilibrio elettrolitico della persona
Insegnare alla persona i modi per prevenire o ridurre al minimo lo squilibrio elettrolitico, se appropriato
Educare la persona assistita e i suoi familiari su specifiche modifiche da apportare alla dieta, se appropriato
Consultare il medico se i segni/sintomi dello squilibrio idrico e/o elettrolitico persistono o si aggravano
GESTIONE DEGLI ELETTROLITI
Mantenere pervio un accesso venoso
Somministrare liquidi secondo prescrizione, se appropriato
Mantenere un'accurata registrazione delle entrate e delle uscite
Somministrare integratori elettrolitici secondo prescrizione, se appropriato
Consultare il medico circa la somministrazione di farmaci risparmiatori di elettroliti, se appropriato
Prelevare i campioni richiesti per analisi relative agli elettroliti, se appropriato
Monitorare le eventuali perdite di liquidi ricchi in elettroliti
Concordare con il medico i provvedimenti atti a controllare una perdita eccessiva di elettroliti, se appropriato
Irrigare il sondino nasogastrico con soluzione fisiologica
Assicurare una dieta appropriata allo squilibrio elettrolitico della persona
Educare l'assistito e/o i suoi familiari su specifiche variazioni dietetiche, se appropriato

Insegnare all'assistito e ai suoi familiari i vari tipi, le cause e i trattamenti dello squilibrio elettrolitico, se appropriato
Consultare il medico se i segni/sintomi dello squilibrio idrico e/o elettrolitico persistono o si aggravano
Monitorare la risposta della persona alla terapia elettrolitica prescritta
Monitorare eventuali effetti collaterali degli integratori elettrolitici prescritti
Monitorare attentamente il livello di potassio sierico nella persona che assume digitalici e diuretici

3.2.11 RISCHIO DI MOTILITA' GASTROINTESTINALE DISFUNZIONALE

NOC

FUNZIONALITA' GASTROINTESTINALE	1	2	3	4	5
Tolleranza ai cibi
Appetito
Tempo di svuotamento gastrico
Frequenza di eliminazione delle feci
Consistenza delle feci
Suoni intestinali
Quantità del residuo gastrico aspirato
Dolore addominale
Distensione addominale
Morbidezza dell'addome
Reflusso gastrico
Aumento visibile della peristalsi
Nausea
Vomito
Diarrea
Stipsi
Calo del peso corporeo
Emorragia gastrointestinale
STATO NUTRIZIONALE	1	2	3	4	5
Assunzione di nutrienti
Assunzione di cibo
Assunzione di liquidi
Energia
Rapporto peso/altezza
Idratazione
INDIVIDUAZIONE DEI RISCHI	1	2	3	4	5

Riconosce segni e sintomi che indicano rischi	.	.	.	.	.
Identifica potenziali rischi per la salute	.	.	.	.	.
Si autoesamina secondo gli intervalli raccomandati	.	.	.	.	.
Si sottopone agli screening secondo gli intervalli raccomandati	.	.	.	.	.
Aggiorna regolarmente la storia dello stato di salute personale	.	.	.	.	.
Monitora i cambiamenti del proprio stato di salute generale	.	.	.	.	.
Ricorre ai servizi sanitari in modo congruente con le necessità	.	.	.	.	.
Ottiene informazioni sui cambiamenti delle raccomandazioni di assistenza sanitaria	.	.	.	.	.

NIC

MONITORAGGIO NUTRIZIONALE
Pesare regolarmente la persona
Monitorare l'andamento del peso corporeo
Rilevare recenti cambiamenti di peso corporeo
Monitorare la presenza di nausea o vomito
Identificare eventuali anomalie nell'eliminazione intestinale
Accertare recenti cambiamenti dell'appetito e dell'attività fisica
Determinare il regime alimentare della persona assistita
Effettuare la valutazione della deglutizione
Effettuare esami di laboratorio e monitorare i risultati
Determinare i fattori che influenzano l'apporto nutrizionale
Ricorrere anche ad altre fonti di dati relativi allo stato nutrizionale
Iniziare il trattamento o inviare ad altro professionista della salute, se appropriato
COUNSELING NUTRIZIONALE
Stabilire una relazione terapeutica fondata sulla fiducia e sul rispetto
Fissare la durata della relazione di counseling
Determinare quali alimenti assume la persona e le sue abitudini alimentari
Informare, per quanto necessario, sui motivi di salute per i quali occorre modificare la dieta
Discutere delle esigenze nutrizionali e di come la persona percepisce la dieta prescritta/raccomandata
Aiutare la persona ad esprimere le proprie sensazioni e preoccupazioni relative al raggiungimento degli obiettivi
Aiutare la persona a rivolgersi o a consultare altri componenti dell'équipe sanitaria, se appropriati

3.2.12 MODELLO DI SONNO DISTURBATO

NOC

RIPOSO	1	2	3	4	5
Quantità di riposo
Modalità di riposo
Qualità di riposo
Riposo fisico
Riposo mentale
Riposo emotivo
Recupero dell'energia dopo il riposo
Aspetto riposato
SONNO	1	2	3	4	5
Ore di sonno
Ore di sonno osservate
Modello di sonno
Qualità del sonno
Efficacia del sonno (rapporto tempo di sonno/tempo totale cercando di dormire)
Routine del sonno
Sonno costante per tutta la notte
Si sente rigenerato dopo il sonno
E' sveglia nei momenti appropriati
Letto comodo
Temperatura confortevole nella stanza
Difficoltà a prendere sonno
Sonno interrotto
Sonnellini inappropriati
Apnea del sonno
Dipendenza da sonniferi
Incubi
Russare

Dolore	.	.	.	.	.
UMORE: EQUILIBRIO	1	2	3	4	5
Dimostra un umore costante	.	.	.	.	.
Riferisce un sonno adeguato	.	.	.	.	.
Mantiene la cura del proprio aspetto e l'igiene personale	.	.	.	.	.
Mantiene un peso corporeo stabile	.	.	.	.	.
Dimostra un appetito normale	.	.	.	.	.
Riferisce adesione al regime farmacologico	.	.	.	.	.
Riferisce adesione al regime di trattamento	.	.	.	.	.
Euforia	.	.	.	.	.
Depressione	.	.	.	.	.
Letargia	.	.	.	.	.
Iperattività	.	.	.	.	.

NIC

MIGLIORAMENTO DEL SONNO
Determinare il modello di sonno/attività della persona assistita
Considerare il regolare ciclo di sonno/veglia della persona assistita nella pianificazione dell'assistenza
Determinare gli effetti dei farmaci assunti dalla persona assistita sul modello di sonno
Monitorare/registrazione il modello e il numero delle ore di sonno della persona assistita
Monitorare e registrare le cause fisiche e/0 psicologiche che interrompono il sonno
Insegnare alla persona assistita a monitorare il modello di sonno
Indurre specifiche modifiche ambientali per promuovere il sonno
Aiutare la persona assistita a eliminare le situazioni di stress prima di coricarsi
Educare la persona assistita a evitare l'assunzione di alimenti e di bevande che interferiscono con il sonno
Attuare/sviluppare misure per il benessere come il massaggio, il posizionamento e il tocco
Raggruppare le attività assistenziali in modo da ridurre al minimo il numero dei risvegli, consentendo cicli di sonno di almeno 90 minuti
Educare la persona assistita e le persone di riferimento sui fattori che contribuiscono a disturbare il modello di sonno
Regolare gli stimoli ambientali per mantenere un normale ciclo giorno/notte
Discutere con la persona assistita/i suoi familiari delle tecniche per favorire il sonno
Fornire degli opuscoli contenenti informazioni sulle tecniche per il miglioramento del sonno
FOTOTERAPIA: REGOLAZIONE DELL'UMORE E DEL SONNO
Verificare la prescrizione del medico per la fototerapia
Educare la persona assistita/altra persona significativa sulla fototerapia
Aiutare la persona a procurarsi una lampada appropriata per il trattamento
Sostenere l'uso del trattamento da parte della persona
Supervisionare la persona assistita, se necessario, durante il trattamento
Monitorare eventuali effetti collaterali del trattamento
Interrompere il trattamento se la persona riferisce effetti collaterali
Informare il medico della presenza di effetti collaterali

Modificare il trattamento, se così viene prescritto, per diminuire/eliminare gli effetti collaterali
Documentare il trattamento e la risposta della persona assistita
GESTIONE DELL'AMBIENTE
Creare un ambiente sicuro per la persona assistita
Assegnare alla persona assistita una stanza singola, se indicato e possibile
Assicurare un letto e degli annessi che siano puliti e confortevoli
Ridurre gli stimoli ambientali, se appropriato
Evitare un'inutile esposizione della persona assistita alle correnti d'aria, al caldo o al freddo eccessivo
Controllare o prevenire i rumori indesiderati o eccessivi, per quanto possibile
Regolare l'illuminazione in modo da ottenere un beneficio terapeutico

3.2.13 RISCHIO DI AUTOSTIMA CRONICAMENTE SCARSA

NOC

AUTOSTIMA	1	2	3	4	5
Espressione di autoaccettazione
Accettazione delle autolimitazioni
Mantenimento della postura eretta
Mantenimento del contatto visivo
Descrizione di se stesso
Attenzione nei confronti degli altri
Comunicazione aperta
Livello di fiducia
Accettazione di complimenti dagli altri
Reazione attesa dagli altri
Accettazione di critiche costruttive
Volontà di confrontarsi con gli altri
Descrizione di orgoglio di sé
Percezione del proprio valore
AUTONOMIA PERSONALE	1	2	3	4	5
Adotta decisioni formate
Tiene conto delle opinioni degli altri quando effettua delle scelte
Manifesta autonomia nel processo decisionale
Assume decisioni non condizionate dalle pressioni indebite esercitate dai genitori
Assume decisioni non condizionate dalle pressioni indebite esercitate dal coniuge
Assume decisioni non condizionate dalle pressioni indebite esercitate dalla famiglia allargata
Assume decisioni non condizionate dalle pressioni indebite esercitate dagli amici
Assume decisioni non condizionate dalle pressioni indebite esercitate dal professionista della salute

Esprime soddisfazioni per le scelte di vita	.	.	.	.	.
QUALITA' DI VITA	1	2	3	4	5
Stato di salute	.	.	.	.	.
Riservatezza	.	.	.	.	.
Dignità	.	.	.	.	.
Autonomia	.	.	.	.	.
Capacità di affrontare gli eventi della vita	.	.	.	.	.
Concetto di sé	.	.	.	.	.
DEPRESSIONE: LIVELLO	1	2	3	4	5
Umore depresso	.	.	.	.	.
Eventi negativi della vita	.	.	.	.	.
Eccessivo senso di colpa	.	.	.	.	.
Senso di inutilità	.	.	.	.	.
Pensieri ricorrenti di morte	.	.	.	.	.
Pensieri ricorrenti di suicidio	.	.	.	.	.
Indecisione	.	.	.	.	.
Tristezza	.	.	.	.	.
Crisi di pianto	.	.	.	.	.
Diminuzione dell'autostima	.	.	.	.	.
Consumo di sostanze stupefacenti	.	.	.	.	.
Aumento del consumo di alcol	.	.	.	.	.

NIC

MIGLIORAMENTO DELL'AUTOSTIMA
Monitorare le affermazioni della persona assistita al proprio valore
Determinare se la persona ha un controllo interno o esterno
Determinare la fiducia della persona nel proprio giudizio
Incoraggiare la persona a identificare i propri punti di forza
Assistere la persona nel perseguire l'accettazione di sé
Incoraggiare il contatto visivo nella comunicazione con gli altri
Potenziare i punti di forza identificati dalla persona
Evitare le critiche negative
Esprimere fiducia nella capacità della persona assistita di gestire la situazione
Aiutare la persona assistita a fissare obiettivi realistici per ottenere una maggiore autostima
Aiutare la persona assistita a riesaminare le percezioni negative di se stessa
Indagare sulle ragioni dell'autocritica e del senso di colpa
Esortare la persona a valutare il proprio comportamento
Facilitare un ambiente o delle attività che possono accrescere l'autostima
Monitorare la frequenza con cui vengono usate espressioni negative su di sé
Monitorare il livello di autostima nel tempo, se appropriato
GESTIONE DELL'UMORE
Valutare l'umore della persona assistita sia nella valutazione iniziale, sia costantemente durante il trattamento
Monitorare le funzioni cognitive
Insegnare alla persona assistita a prendere decisioni, se necessario
Assistere la persona a monitorare consapevolmente il proprio umore
Assistere la persona a identificare i pensieri e le sensazioni che dipendono dal disturbo dell'umore
Limitare il tempo concesso alla persona assistita per esprimere le sensazioni negative e/o per raccontare i precedenti insuccessi
SOSTEGNO AL PROCESSO DECISIONALE
Determinare se vi siano differenze tra la visione delle condizioni che ha la persona e quella che hanno i professionisti della salute

Stabilire la comunicazione con la persona fino dall'accettazione
Facilitare un processo decisionale collaborativo
Fornire le informazioni richieste dalla persona
Fare da collegamento tra la persona assistita e i familiari
Fare da collegamento tra la persona assistita e gli altri professionisti della salute

CONCLUSIONI

La presente tesi sviluppa un'analisi approfondita delle malattie infiammatorie croniche intestinali, descrivendone la classificazione, il meccanismo d'azione, le possibili complicanze e le diverse opzioni di trattamento. Viene posta l'attenzione su una delle complicanze più significative, la malnutrizione, e il suo trattamento mediante la nutrizione artificiale. Questa condizione, sempre più comune, richiede un ruolo attivo dell'infermiere nel monitoraggio e nella gestione dei bisogni del paziente, ponendo quest'ultimo al centro del percorso di cura e dell'assistenza.

Sulla base di questo, è stato creato un piano di assistenza, in cui sono stati eliminati i codici delle diagnosi, degli obiettivi e degli interventi, con lo scopo di creare uno strumento più chiaro e semplificato. Tale piano, denominato *semi standardized nursing care plan* (SSNCP), si distingue per la sua facilità d'uso, permettendo agli infermieri di pianificare un'assistenza adeguata per un gruppo di soggetti specifico. Si rivela particolarmente utile nei contesti in cui, a causa della limitata disponibilità di tempo, non è possibile elaborare piani di cura individuali per ciascun paziente. Inoltre, il SSNCP contribuisce ad ottimizzare la gestione dei pazienti e a migliorare la qualità delle cure grazie ad un approccio standardizzato ma adattabile, rispondendo alle esigenze dei pazienti con specifiche patologie.

In conclusione, questa tesi, focalizzata sulla creazione di un piano assistenziale semi-standardizzato per persona affetta da malattia cronica infiammatoria intestinale, ha lo scopo di aiutare gli infermieri ad identificare le criticità nei pazienti con queste patologie e ad intervenire in modo tempestivo ed ottimale. L'approccio adottato valorizza la visione olistica dell'infermiere, che considera la persona nella sua totalità, considerando l'aspetto fisico, psicologico, sociale e spirituale nella gestione e prevenzione della malattia. Questo strumento, promuove un'assistenza infermieristica basata sull'evidenze, garantendo che le decisioni e le azioni siano fondate su studi e ricerche, così da fornire cure più sicure ed efficaci, basate su conoscenze aggiornate e consolidate. Il professionista, inoltre, identifica e definisce gli obiettivi e i risultati attesi, delineando interventi volti al loro raggiungimento, garantendo così una continuità e qualità dell'assistenza. Questo metodo permette di seguire il paziente lungo l'intero percorso di cura, monitorando i progressi e adattando il piano in base ai cambiamenti del suo stato di salute. Infine, un elemento

essenziale per l'efficacia del piano è la corretta documentazione di tutte le attività infermieristiche; se non vengono documentate nel piano di cura, non vi è prova che l'assistenza sia stata erogata. Quindi risulta di fondamentale importanza per offrire una tracciabilità delle cure, per tutelare il paziente e il personale sanitario.

L'obiettivo di questo lavoro è quello di evidenziare l'importanza della costruzione di piani assistenziali per far sì che si facciano strada nella realtà dell'operato ospedaliero e diventino un pilastro della cultura infermieristica, rappresentandone di fatto, una solida base. Lo scopo è quello di fare della creazione di questi piani una priorità, che diventi con il tempo uno strumento in continua applicazione, per responsabilizzare al loro utilizzo con un approccio multidisciplinare, che preserva le esigenze specifiche del paziente ma chiarifica e facilita il lavoro dell'infermiere coinvolgendoli entrambi.

BIBLIOGRAFIA

Ballester Ferré, M. P., Boscá-Watts, M. M., & Mínguez Pérez, M. (2018). Crohn's disease. *Medicina Clínica (English Edition)*, *151*(1), 26–33. <https://doi.org/10.1016/j.medcle.2018.05.006>

Bankhead, R., Boullata, J., Brantley, S., Corkins, M., Guenter, P., Krenitsky, J., Lyman, B., Metheny, N. A., Mueller, C., Robbins, S., Wessel, J., & the A.S.P.E.N. Board of Directors. (2009). A.S.P.E.N. Enteral Nutrition Practice Recommendations. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, *33*(2), 122–167. <https://doi.org/10.1177/0148607108330314>

Berlana, D. (2022). Parenteral Nutrition Overview. *Nutrients*, *14*(21), 4480. <https://doi.org/10.3390/nu14214480>

Braus, N. A., & Elliott, D. E. (2009). Advances in the pathogenesis and treatment of IBD. *Clinical Immunology*, *132*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.clim.2009.02.006>

Burisch, J., & Munkholm, P. (2015). The epidemiology of inflammatory bowel disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, *50*(8), 942–951. <https://doi.org/10.3109/00365521.2015.1014407>

Cai, Z., Wang, S., & Li, J. (2021). Treatment of Inflammatory Bowel Disease: A Comprehensive Review. *Frontiers in Medicine*, *8*, 765474. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.765474>

Cantarelli M., Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche, Masson, 2^a ed., 2003

Carpenito Moyet Lynda J.(2006). Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica. Terza edizione. Milano. CEA.

Du, L., & Ha, C. (2020). Epidemiology and Pathogenesis of Ulcerative Colitis. *Gastroenterology Clinics of North America*, 49(4), 643–654. <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2020.07.005>

ESPEN guideline on home parenteral nutrition. (2020). *Clinical Nutrition*, 39(6), 1645–1666. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.03.005>

Estevinho MM, Leão Moreira P, Silva I, Laranjeira Correia J, Santiago M, Magro F. A scoping review on early inflammatory bowel disease: definitions, pathogenesis, and impact on clinical outcomes. *Therap Adv Gastroenterol*. 2022 Dec 19;15:17562848221142673. doi: 10.1177/17562848221142673. PMID: 36569381; PMCID: PMC9772959.

Germini, F., Vellone, E., Venturini, G., & Alvaro, R. (2010). [Nursing outcomes: Instruments for visualizing the effectiveness of nursing care]. *Professioni Infermieristiche*, 63, 205–210.

Gordon M. (2011) *Manual of Nursing Diagnosis* 12° ed. Jones and Bartlett Publisher, LLC, USA

Gordon, M. (2009). *Diagnosi infermieristiche. Processo e applicazioni*. Milano: Ambrosiana.

Guagnozzi, D., González-Castillo, S., Oliveira, A., & Lucendo, A. J. (2012). Nutritional treatment in inflammatory bowel disease: An update. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 104(9), 479–488. <https://doi.org/10.4321/S1130-01082012000900006>

Guan, Q. (2019). A Comprehensive Review and Update on the Pathogenesis of Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Immunology Research*, 2019, 7247238. <https://doi.org/10.1155/2019/7247238>

Hooper, J. I. (1996). The family receiving home care: Functional health pattern assessment pane. *Home Care Provider*, 1(5), 238–243. [https://doi.org/10.1016/S1084-628X\(96\)90041-6](https://doi.org/10.1016/S1084-628X(96)90041-6)

Kinoshita, Y., Oouchi, S., & Fujisawa, T. (2019). Eosinophilic gastrointestinal diseases – Pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Allergology International*, 68(4), 420–429. <https://doi.org/10.1016/j.alit.2019.03.003>

Kirsner, J. B. (1979). The Local and Systemic Complications of Inflammatory Bowel Disease. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 242(11), 1177. <https://doi.org/10.1001/jama.1979.03300110049028>

Kurt, H., & Ceyhan, Ö. (2023). THE EFFECT OF ENTERAL NUTRITION EDUCATION GIVEN TO INTENSIVE CARE NURSES ON THEIR LEVEL OF KNOWLEDGE. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 32(1), 34–42. <https://doi.org/10.34108/eujhs.1109142>

Li, K., Ruan, G., Liu, S., Xu, T., Guan, K., Li, J., & Li, J. (2023). Eosinophilic gastroenteritis: Pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Chinese Medical Journal*, 136(8), 899–909. <https://doi.org/10.1097/CM9.0000000000002511>

Mansoor, E., Saleh, M. A., & Cooper, G. S. (2017). Prevalence of Eosinophilic Gastroenteritis and Colitis in a Population-Based Study, From 2012 to 2017. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 15(11), 1733–1741. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2017.05.050>

Meza-Valderrama, D., Marco, E., Dávalos-Yerovi, V., Muns, M. D., Tejero-Sánchez, M., Duarte, E., & Sánchez-Rodríguez, D. (2021). Sarcopenia, Malnutrition, and Cachexia: Adapting Definitions and Terminology of Nutritional Disorders in Older People with Cancer. *Nutrients*, *13*(3), 761. <https://doi.org/10.3390/nu13030761>

Perler, B. K., Ungaro, R., Baird, G., Mallette, M., Bright, R., Shah, S., Shapiro, J., & Sands, B. E. (2019). Presenting symptoms in inflammatory bowel disease: Descriptive analysis of a community-based inception cohort. *BMC Gastroenterology*, *19*(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12876-019-0963-7>

Pithadia, A. B., & Jain, S. (2011). Treatment of inflammatory bowel disease (IBD). *Pharmacological Reports*, *63*(3), 629–642. [https://doi.org/10.1016/S1734-1140\(11\)70575-8](https://doi.org/10.1016/S1734-1140(11)70575-8)

Rogler, G., Singh, A., Kavanaugh, A., & Rubin, D. T. (2021). Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease: Current Concepts, Treatment, and Implications for Disease Management. *Gastroenterology*, *161*(4), 1118–1132. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.07.042>

Saiani, L., & Brugnolli, A. (2021). Trattato di cure infermieristiche. Sorbona.

Shih, H.-M., Bair, M.-J., & Chen, H.-L. (2016). *Eosinophilic Gastroenteritis: Brief Review*.

Task Force for the Revision of Safe Practices for Parenteral Nutrition, Mirtallo, J., Canada, T., Johnson, D., Kumpf, V., Petersen, C., Sacks, G., Seres, D., & Guenter, P. (2004). Safe Practices for Parenteral Nutrition. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, *28*(6). <https://doi.org/10.1177/0148607104028006S39>

The global, regional, and national burden of inflammatory bowel disease in 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. (2019). *The Lancet. Gastroenterology & Hepatology*, 5(1), 17–30. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30333-4](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30333-4)

Valvano, M., Capannolo, A., Cesaro, N., Stefanelli, G., Fabiani, S., Frassino, S., Monaco, S., Magistrone, M., Viscido, A., & Latella, G. (2023). Nutrition, Nutritional Status, Micronutrients Deficiency, and Disease Course of Inflammatory Bowel Disease. *Nutrients*, 15(17), 3824. <https://doi.org/10.3390/nu15173824>

Weisshof, R., & Chermesh, I. (2015). Micronutrient deficiencies in inflammatory bowel disease. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 18(6), 576–581. <https://doi.org/10.1097/MCO.0000000000000226>

Wilkinson, J.M. (2013). *Processo infermieristico e pensiero critico*. Terza edizione. Editore C.E.A., Milano.

Zhang, Y., Zhang, L., Gao, X., Dai, C., Huang, Y., Wu, Y., Zhou, W., Cao, Q., Jing, X., Jiang, H., Zhong, Y., Zhu, W., & Wang, X. (2023). Impact of malnutrition and sarcopenia on quality of life in patients with inflammatory bowel disease: A multicentre study. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 14(6), 2663–2675. <https://doi.org/10.1002/jcsm.13341>

SITOGRAFIA

Redazione, 2024, Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali, in Italia sono 250mila i pazienti, Osservatorio malattie rare <https://www.osservatoriomalattierare.it/altre-malattie-croniche/20636-malattie-infiammatorie-croniche-intestinali-in-italia-sono-250mila-i-pazienti> (ultimo accesso 15/10/2024)