



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

KINTSUGI: L'ARTE DI ESALTARE LE FERITE.
PIANO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA PER LA
PERSONA USTIONATA.

Relatore:

Dott.ssa GIACOMELLI SILVIA

Tesi di Laurea di:

LINTERNARI EUGENIA

Correlatore:

Dott. CANEDA D'AMBROSI SERAFIN

A.A. 2022-2023

Bambino: “Alice, ma la cicatrice poi passa?”

*Alice: “La cicatrice non passa,
è come una medaglia che nessuno ti può portare via.”*

Bambino: “Ma perché non passa?”

Alice: “Perché è una cicatrice.

Se andava via con l’acqua era un trasferello.

È una cosa che fa paura, ma è anche una cosa bella, è la vita.”

(Zerocalcare)

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1- LE USTIONI	3
1.1 Definizione di Ustione	3
1.2 Cause delle Ustioni	3
1.3 Processi riparativi	3
1.4 Classificazione delle Ustioni	4
1.5 Epidemiologia ed incidenza delle Ustioni	6
1.6 Gestione dell’Ustione	8
1.7 Impatti delle Ustioni	8
1.8 Le fasi della cura delle Ustioni	9
1.9 Prevenzione delle Ustioni	10
CAPITOLO 2- KINTSUGI	12
2.1 Definizione del Kintsugi	12
2.2 Le basi del pensiero	13
2.3 Processo della tecnica	14
2.4 Relazione tra il Kintsugi e le Ustioni	14
CAPITOLO 3- LA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE	16
3.1 Processo di Nursing	16
3.2 Il Piano di Assistenza Infermieristica	20
3.3 Piano Assistenziale per Persona Ustionata	21
CONCLUSIONI	22
ALLEGATI	24
BIBLIOGRAFIA	92
RINGRAZIAMENTI	94

INTRODUZIONE

L'idea del seguente elaborato che propone un piano assistenziale semi standardizzato per i pazienti ustionati, con un focus sull'arte del Kintsugi per celebrare le loro ferite, nasce da una vicenda personale vissuta in tenera età, la quale mi ha lasciato segni indelebili sul corpo. Sentivo la necessità personale di elaborare il dolore sia emotivo che estetico derivante da tali cicatrici.

La scelta di questo argomento è stata per me un modo per elaborare il trauma infantile e accettare il mio passato, valorizzando il mio presente. Ma soprattutto, desidererei poter offrire un aiuto concreto ad altre persone che, come me, hanno subito ustioni, affinché possano affrontare il loro vissuto in maniera più costruttiva. Vorrei far comprendere loro che le cicatrici, così come nell'arte del Kintsugi, possono diventare simboli di bellezza, crescita interiore e resilienza, ma soprattutto che non sono soli nell'affrontare le conseguenze del trauma subito e che esprimere le proprie emozioni può contribuire a migliorare la propria autostima.

La cura delle ustioni, oltre a provocare danni fisici e funzionali, colpisce profondamente l'equilibrio psicologico della persona, rendendola estremamente vulnerabile. In questo contesto, il legame tra il personale sanitario e il paziente diventa cruciale, poiché la lunga degenza crea un ambiente propizio per un rapporto di fiducia e cura reciproca.

Tra gli operatori sanitari, l'infermiere è uno dei principali attori della cura, impegnato a valorizzare ogni aspetto della persona in maniera olistica. Oltre a svolgere interventi visibili come effettuare le medicazioni, gestire tutti gli aspetti della malattia, identificando precocemente segni e sintomi di complicanze, mantenere l'ambiente il più asettico possibile, al fine di limitare le contaminazioni e le infezioni; c'è un aspetto più sottile ed invisibile del suo ruolo: cerca di individuare i bisogni più nascosti della persona assistita fornendole supporto emotivo e terapie volte ad alleviare le sue sofferenze.

Attraverso l'impiego delle tassonomie North-American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcome Classification (NOC) e Nursing Intervention Classification (NIC), è stato elaborato un piano di assistenza infermieristico che mira a un approccio olistico del paziente ustionato. Particolare attenzione è rivolta alla dimensione

psicologica, poiché influisce notevolmente sulla qualità di vita del paziente affetto da ustioni e segnato dalle cicatrici.

CAPITOLO 1- LE USTIONI

1.1 Definizione di Ustione

Le ustioni rappresentano una delle lesioni più dolorose e devastanti che una persona possa subire, con conseguenze che vanno ben oltre i confini fisici del danno cutaneo. Le ustioni possono essere descritte come lesioni causate da calore, agenti chimici, radiazioni o elettricità, che danneggiano i tessuti del corpo. Questi danni possono variare dalla semplice arrossatura della pelle alle ustioni gravi che coinvolgono strati più profondi del tessuto, compresi muscoli, le ossa e gli organi interni. (European Burns Association, 2017).

1.2 Cause delle Ustioni

Le ustioni possono essere il risultato di una vasta gamma di incidenti e situazioni, tra cui:

- Esposizione al calore: questa è la causa più comune di ustioni e può derivare da fiamme, liquidi bollenti, vapore, superfici calde o esplosioni. Anche temperature eccessivamente rigide possono determinare gravi lesioni.
- Agenti chimici: sostanze chimiche corrosive o irritanti possono causare ustioni quando vengono a contatto con la pelle o le mucose, e seppur limitate alla zona di contatto, sono piuttosto profonde.
- Radiazioni: l'esposizione a radiazioni ionizzanti può danneggiare gravemente i tessuti corporei, causando ustioni e altre complicazioni.
- Elettricità: il passaggio di corrente elettrica attraverso il corpo può provocare ustioni interne ed esterne, oltre a danni ai tessuti circostanti. Si tratta in genere di ustioni apparentemente limitate ma che, nei casi più gravi (elevato voltaggio), possono determinare una necrosi profonda piuttosto estesa. (Associazione Dermatologi-Venereologi Ospedalieri Italiani e della Sanità Pubblica).

1.3 Processi riparativi

I processi riparativi nella lesione da ustione intervengono nelle situazioni più gravi, ovvero dal secondo grado in poi. Dal momento che nelle ustioni di primo grado l'epidermide colpito si rigenera facilmente. La guarigione delle ferite superficiali e

meno gravi si risolve nel giro di qualche settimana, senza cicatrice. Mentre in caso di coinvolgimento del derma profondo i tempi di recupero aumentano e i segni divengono permanenti. (Società Internazionale per le Ustioni, ISBI).

1.4 Classificazione delle Ustioni

La gravità delle ustioni è determinata da diversi fattori: l'età della persona, la profondità dell'ustione, l'estensione della superficie corporea interessata, la presenza di lesioni da inalazione di gas o di altre lesioni; la localizzazione delle lesioni in aree come viso, perineo, mani o piedi; la pregressa storia clinica.

L'accurata valutazione dell'estensione e della profondità dell'ustione è necessaria per la corretta stima della gravità, della prognosi e per impostare il trattamento adeguato. Sulla base dell'estensione dell'ustione vengono stabiliti i liquidi da somministrare e il fabbisogno calorico; sulla base della profondità vengono pianificati gli interventi chirurgici. La profondità dell'ustione è un fattore importante nella valutazione delle esigenze di cura del paziente e, in particolare, delle esigenze chirurgiche; in generale, più profonda è l'ustione, maggiori sono le sfide da affrontare per ottenere buoni risultati sulla cicatrice. Le ustioni di primo grado (spessore superficiale, che colpisce solo l'epidermide) sono generalmente benigne, molto dolorose, guariscono senza cicatrici e non richiedono un intervento chirurgico. Le ustioni che si estendono allo strato cutaneo sottostante (derma) sono classificate come a spessore parziale o di secondo grado; queste ustioni spesso formano vesciche dolorose. Queste ustioni vanno da quelle superficiali a spessore parziale, che sono omogenee, umide, iperemiche e sbiancanti, alle profonde a spessore parziale, che sono meno sensibili, più secche, possono avere un disegno reticolare fino all'eritema e non sbiancano. Le ustioni di terzo grado (a tutto spessore) e di quarto grado richiedono un intervento chirurgico e, paradossalmente, di solito si presentano quasi senza dolore. (*Burn injury*, 13 febbraio 2020).

Le ustioni vengono classificate in base alla gravità e alla profondità del danno cutaneo.

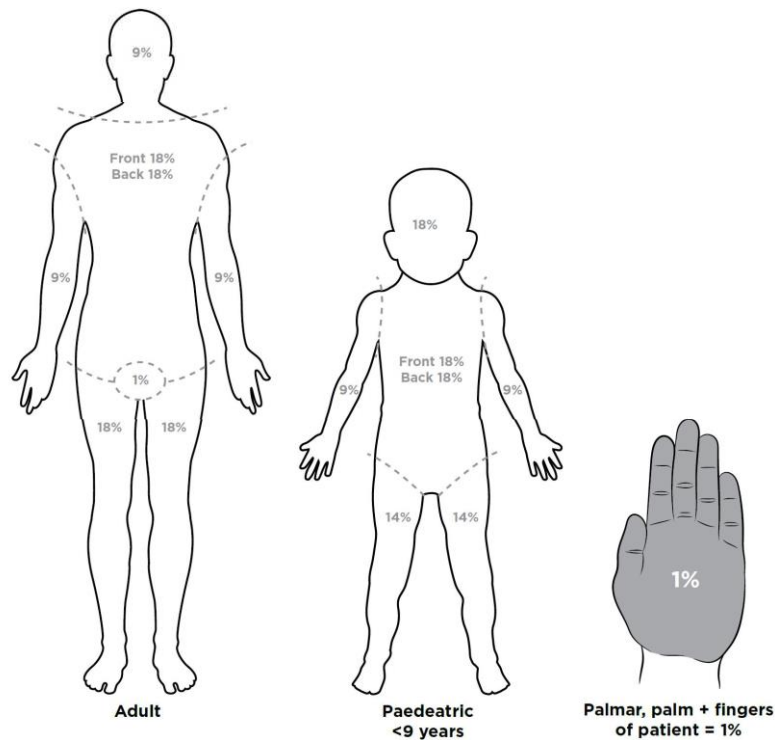
Le categorie comuni includono:

- Ustioni di primo grado: coinvolgono solo lo strato esterno della pelle (epidermide) e si manifestano con arrossamento e gonfiore. Guariscono

spontaneamente entro 3-7 giorni con crema idratante o medicazione protettiva e non lasciano segni di cicatrice.

- Ustioni di secondo grado: coinvolgono lo strato esterno della pelle (epidermide) e parte dello strato sottostante (derma), causando bolle, arrossamento e dolore. Dovrebbero guarire entro 7-14 giorni con una minima medicazione e non lasciano nessun segno di cicatrice o una leggera discromia.
- Ustioni di terzo grado: danneggiano completamente la pelle e possono estendersi ai tessuti sottostanti, inclusi muscoli e le ossa. La pelle può apparire bianca, nera o carbonizzata. Guariscono con esito cicatriziale e generalmente necessitano di un intervento chirurgico.
- Ustioni di quarto grado: coinvolgono tutti gli strati della pelle e possono estendersi fino agli organi sottostanti, causando danni gravi e irreversibili. Necessitano di un intervento chirurgico e di una gestione della cicatrice a lungo termine. (Associazione Dermatologi-Venereologi Ospedalieri Italiani e della Sanità Pubblica, 2020).

Un altro fattore che concorre a determinare la gravità di una ustione è la sua estensione percentuale rispetto alla superficie corporea totale (s.c.t.). L'area corrispondente alla superficie palmare del paziente, dita comprese, corrisponde approssimativamente all'1% della s.c.t. e permette una rapida stima dell'estensione percentuale nelle ustioni di piccola taglia. (ABA,2011a). Negli altri casi la regola del "nove" del Wallace (capo 9%; arto superiore 9%; arto inferiore 18%; tronco 36%; genitali 1%) consente agevolmente un calcolo approssimativo dell'estensione. Più zone verranno identificate come ustionate, più la prognosi sarà infausta. Si parla di danno grave da ustione quando la percentuale di interessamento corporeo è >20% nell'adulto e >10% nell'anziano e nel bambino sotto i 10 anni d'età, poiché presuppone che non vi sia solamente un danno locale, ma anche sistemico. (Antonino, C., 26 aprile 2023).



1.5 Epidemiologia ed incidenza delle Ustioni

Un'ustione può colpire persone di qualsiasi età e stato sociale. Si stima che ogni anno siano trattati 450 000 casi di ustione. Ogni anno, sono circa 45000 le persone ustionate ospedalizzate, con 25 000 ricoveri in Centri Grandi Ustionati (American Burn Association [ABA], 2011b). Fra i ricoverati presso i Centri Grandi Ustionati, il 68% è ustionato a casa, il 10% in fabbrica, il 5% ha ustioni correlate ad attività ludiche, e il rimanente 17% ha ustioni di altra origine. Di tutte queste, il 44% è dovuto a fiamme, il 33% a liquidi o gas, il 9% da contatto diretto, il 4% da elettricità, il 3% da prodotti chimici, l'1% da inalazioni e la percentuale rimanente non è stata specificata o è dovuta a cause multiple (American Burn Association National Burn Repository [ABA NBR], 2011). Le persone ustionate hanno tempi di degenza molto lunghi e sono molteplici i fattori che contribuiscono alla durata dell'ospedalizzazione. Per esempio, molti assistiti richiedono interventi chirurgici, stretto controllo del dolore, immobilizzazione, riabilitazione e trattamenti terapeutici endovenosi prolungati (specialmente con antibiotici e oppioidi). Inoltre, chi ha inalato fumo e ha ustioni elettriche richiede regimi terapeutici particolarmente lunghi (Peck, 2011°).

L'incidenza delle ustioni è più che doppia negli uomini rispetto alle donne; in entrambi i generi, le ustioni si verificano generalmente fra i 20 e i 30 anni (ABA NBR, 2011). Uno studio ha mostrato l'associazione fra la gravità dell'ustione e l'appartenenza alla classe socioeconomica: le ustioni gravi più frequenti accadono fra i gruppi socioeconomici più bassi (Park, Shin, Kim, et al., 2009). Dal punto di vista epidemiologico in Italia, in media, sono circa 100 000 i casi all'anno rispetto al milione di casi indicato dall'American Burns Association; la percentuale di ustioni che richiede ricovero ospedaliero è indicata attorno al 10% in entrambi i registri. In ambito pediatrico l'ustione rappresenta circa il 5% dei ricoveri ospedalieri. Il tasso globale di mortalità per ustioni, per qualsiasi area totale delle superficie corporea (total body surface area, TBSA) interessata, si attesta al 3.9%, e l'incidenza di morte aumenta in modo direttamente proporzionale all'estensione delle ustioni. Una revisione sistematica della letteratura (Colohan, 2010), che esamina i fattori predittivi di mortalità nelle ustioni su persone adulte, ha riportato un tasso globale di mortalità del 13.9%. I fattori predittivi di mortalità più influenti includono: aumento della TBSA interessata, presenza di lesione da inalazione di fumo ed età avanzata. Risultati analoghi sono stati ottenuti da una revisione sistematica europea sulle ustioni gravi. I fattori di rischio per l'exitus sono l'età avanzata, TBSA estesa e presenza di malattie croniche concomitanti. Lo stesso studio ha riportato che le maggiori cause di morte sono correlate a insufficienza multiorgano e sepsi (Brusselaers, Monstrey, Vogelaers, et al., 2010). In Italia, nel 2012, sono state 152 le persone morte per esplosione o incendio, 565 le persone ferite. La regione più colpita da casi mortali è la Lombardia (18 casi), che detiene il primato anche per le persone ferite. Per i casi mortali seguono la Campania (17), il Piemonte (16) e la Sicilia (15). Analizzando i decessi per macro aree geografiche, 63 casi sono avvenuti al Nord, 44 al Sud, 29 al Centro e 16 nelle isole. L'84% sono morte a causa di un incendio, il 16% in seguito a un'esplosione. Per quanto riguarda la tipologia di luoghi e attività in cui si è verificato l'incidente mortale, i dati mostrano che bel 64% dei casi l'incendio o l'esplosione è avvenuta in abitazioni e nel 13% dei casi in boschi e sterpaglie. Per 12 casi su 100 l'incidente mortale è avvenuto a bordo di un veicolo. Bassa la percentuale di esplosioni e incendi che hanno causato la morte in industrie

(1%), in strutture sanitarie (1%) e nei depositi (1%). Tre casi su 100 sono avvenuti in attività commerciali e il restante 7% in situazioni varie non meglio definite. Per quanto riguarda incendi ed esplosioni che hanno comportato feriti le percentuali cambiano leggermente: il 59% dei casi è avvenuto in abitazioni, il 18% in situazioni non definite, il 10% in attività commerciali (Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco, dati 2012).

1.6 Gestione dell'Ustione

La gestione dell'ustione nelle prime 48 ore, secondo l'IRC comprende diverse fasi che si possono suddividere in:

- Detersione: rappresenta un momento critico durante le fasi dell'assistenza infermieristica, in quanto l'intervento che si applica, provoca spesso ingente dolore, tale da provocare svenimenti. Spesso si utilizzano anestesie locali o regionali effettuate prima della pulizia.
- Rimozione di flittene ampie e confluenti.
- Crema antibatterica.
- Garza asciutta e sterile.
- Medicazione: con benda o garza adesiva. Si predilige l'utilizzo della pellicola trasparente come medicazione al fine di ridurre dolore, permettere la visibilità dell'ustione, ridurre il tasso di infezione e ridurre la perdita di fluidi/volume.

La gestione delle ustioni richiede un approccio multidisciplinare che coinvolge non solo interventi medici e chirurgici, ma anche supporto psicologico e riabilitativo per affrontare le sfide a lungo termine legate alla guarigione e al recupero. (Linee guida resuscitation council 2021: Primo soccorso)

1.7 Impatti delle Ustioni

Le ustioni sono lesioni sottovalutate che sono associate a sostanziale morbilità e mortalità. Le lesioni da ustione, in particolare le ustioni gravi, sono accompagnate da una risposta immunitaria e infiammatoria, cambiamenti metabolici e shock distributivo che possono essere difficili da gestire e possono portare a insufficienza multiorgano. Di grande importanza è che la lesione influisce non solo sulla salute fisica, ma anche sulla salute mentale e sulla qualità della vita del paziente. Di conseguenza, i pazienti con ustioni non

possono essere considerati guariti quando le ferite sono guarite; invece, le ustioni portano a profonde alterazioni a lungo termine che devono essere affrontate per ottimizzare la qualità della vita. Gli operatori sanitari per le ustioni si trovano quindi ad affrontare una serie di sfide, tra cui la gestione delle cure acute e critiche, l'assistenza a lungo termine e la riabilitazione. (*Burn injury*, 13 febbraio 2020).

In questo studio, esploreremo approfonditamente i trattamenti e le terapie disponibili per gestire le ustioni in modo efficace, migliorando così la qualità della vita delle persone colpite da questa devastante forma di lesione.

1.8 Le fasi della cura delle Ustioni

L'assistenza acuta per le ustioni gravi può essere suddivisa in cinque fasi distinte che si sovrappongono durante i primi giorni o settimane dopo l'ustione. La fase I è la valutazione iniziale e il triage, in cui viene rimossa la causa lesiva e vengono condotte le indagini primarie e secondarie. La fase II si concentra sulla rianimazione con fluidi per affrontare l'ipovolemia. Nella fase III, la ferita viene coperta per favorire la guarigione e ridurre il rischio di infezione. La fase IV si concentra sulle cure di supporto o critiche. Se il paziente sopravvive, la fase V della cura si concentra sulla riabilitazione, che include il supporto fisico e mentale per consentire al paziente di tornare alla vita normale.

La fase sulla quale ci soffermeremo è la III: copertura delle ferite da ustione. I miglioramenti nella sopravvivenza e la riduzione della durata della degenza ospedaliera sono stati realizzati dopo l'introduzione negli anni '70 dell'escissione e dell'innesto precoce. L'escissione precoce, il trattamento gold standard, attenua lo stato ipermetabolico e rimuove il focolaio biologico di infezione, riducendo così il rischio di sepsi da ustione. L'auto trapianto precoce (ovvero il trapianto di pelle da un sito sano (donatore) del paziente alla parte ustionata) si basa quindi su questi miglioramenti chiudendo rapidamente le ferite asportate, riducendo ulteriormente il rischio di infezione, diminuendo il dolore e consentendo una mobilitazione più precoce.

Una parte centrale dell'esito a lungo termine dopo l'ustione è la cicatrizzazione; le cicatrici sono ottimamente piatte e minimamente scolorite. Dato che la chiusura della ferita è legata al miglioramento sia della mortalità che della morbilità, l'assistenza critica di supporto che promuove le condizioni ottimali per la guarigione della ferita dovrebbe essere il chiaro obiettivo delle cure post-attecchimento.

La credenza storica secondo cui una volta guarite le ferite da ustione il paziente guarisce non è più valida. In effetti, l'ultima fase della cura delle ustioni -la riabilitazione- sta diventando una delle più importanti. La risposta ad un'ustione è molto complessa, così come lo è l'approccio alla sua cura. Anche se sono stati fatti dei passi importanti in termini di sopravvivenza a seguito di un'ustione, la cura delle ustioni necessita di cambiare, adottando nuove tecniche in tutte le fasi del processo di recupero per migliorare ulteriormente gli esiti delle ustioni, in fase acuta e a lungo termine. (*Burn injury*, 13 febbraio 2020).

1.9 Prevenzione delle Ustioni

Le lesioni da ustione provocano cicatrici permanenti e conseguenze avverse a lungo termine che colpiscono i sopravvissuti alle ustioni e le persone che se ne prendono cura. Purtroppo, poiché le popolazioni vulnerabili vengono ferite in modo sproporzionato, il peso di tali lesioni emargina ulteriormente i gruppi già svantaggiati. Un principio centrale della moderna cura delle ustioni è che la maggior parte delle lesioni da ustione sono prevenibili. Di conseguenza, l'ABA incoraggia la partecipazione a programmi di prevenzione come parte della verifica dei centri ustioni e l'OMS ha proposto un piano per la prevenzione e la cura delle ustioni a livello globale. Per incoraggiare l'attuazione della prevenzione a livello globale, l'OMS ha pubblicato una raccolta di strategie di successo provenienti da paesi ad alto, medio e basso reddito. Queste strategie vanno dai cambiamenti di base dello stile di vita (ad esempio, stufe a legna sicure) alla regolamentazione legislativa (ad esempio, sull'inflammabilità degli indumenti da notte per bambini).

Accanto alle strategie legislative, l'attuazione efficace di programmi di prevenzione (ad esempio, l'introduzione di sigarette ignifughe e la ridotta inflammabilità degli indumenti per bambini) ha ridotto l'incidenza delle ustioni nei paesi ad alto reddito. Tuttavia, questi sforzi potrebbero non essere altrettanto efficaci nei paesi a basso e medio reddito. In questi contesti, i fattori sociali locali devono essere presi in considerazione, ad esempio, la maggior parte dei paesi a basso reddito non dispone di scaldabagni o delle risorse per i rilevatori di fumo in ogni casa. La matrice Haddon (valutazione dei fattori pre-evento, correlati all'evento e post-evento) dovrebbe essere presa in considerazione quando si costruiscono programmi di prevenzione poiché la matrice aiuta a organizzare gli

interventi per obiettivi appropriati a monte, a metà e a valle. Questo approccio può essere applicato a livello regionale o anche a livello di singolo caso.

Per avere successo, i programmi regionali di prevenzione delle ustioni dovrebbero concentrarsi sui fattori che influenzano l'incidenza delle ustioni nell'ambiente locale, sulle strategie di diffusione delle conoscenze e sui metodi di raccolta dei dati per identificare le aree di interesse e valutare l'efficacia del programma. Ad esempio, in alcuni paesi, fattori come gli indumenti larghi e la cottura su fuochi all'aperto sono importanti aree di interesse. In altre regioni, il verificarsi di ustioni elettriche è aumentato notevolmente con l'avvento dell'industrializzazione. Le strategie di prevenzione possono essere applicate anche a un livello più personale. Ad esempio, da un'analisi degli infortuni subiti dai vigili del fuoco è emerso che le ustioni si sono verificate secondo schemi comuni associati a lacune nelle attrezzature, il che può guidare future modifiche e miglioramenti delle attrezzature. Lo sviluppo di programmi di prevenzione deve anche prendere in considerazione l'accesso alla conoscenza e il coinvolgimento con i media selezionati. Ad esempio, le strategie per "gamificare" l'acquisizione di conoscenze utilizzando applicazioni di telefonia mobile potrebbero raggiungere un pubblico più ampio rispetto a uno spot televisivo in alcune regioni e per determinati gruppi di età. I modelli di alfabetizzazione, l'adeguatezza culturale (che è particolarmente difficile da affrontare nei paesi con più di una lingua ufficiale e senza una lingua comune chiara) e l'accesso alle tecnologie raccomandate possono costituire ostacoli a questo approccio; ad esempio, non è possibile evitare la cottura a fuoco aperto finché non viene identificata un'alternativa economica, sicura e facilmente disponibile. Inoltre, la correzione di un fattore di rischio potrebbe introdurre un altro; ad esempio, l'uso di bruciatori a gas di petrolio liquefatto come alternativa alla cottura a fuoco aperto senza un'adeguata formazione può provocare più infortuni. Per fornire le informazioni necessarie a guidare questo processo è necessaria una solida raccolta e rendicontazione dei dati e un processo decisionale basato sull'evidenza. Sebbene queste informazioni siano più facilmente disponibili nei paesi ad alto reddito, i paesi con i più alti tassi di ustioni potrebbero non avere attualmente l'infrastruttura per raccogliere questi dati. Per rispondere a questa esigenza, l'OMS ha avviato il Registro globale delle ustioni per facilitare la raccolta dei dati in contesti con risorse limitate e colmare questa lacuna di conoscenze. (*Burn injury*, 13 febbraio 2020).

CAPITOLO 2- KINTSUGI

2.1 Definizione del Kintsugi

Il termine giapponese *kintsugi* è formato dalle parole kin (oro) e tsugi (riparazione) e quindi significa letteralmente “riparazione in oro”. L’arte del kintsugi è detta *kintsukuroi*, ovvero il “riparare con l’oro”; un procedimento lungo e complesso che si svolge in più fasi e che richiede estrema precisione, un vero e proprio lavoro di cesello. Solitamente quando si rompe un oggetto il primo impulso è quello di disfarsene. L’arte del Kintsugi ci insegna invece a cambiare il punto di vista, ossia accettare le spaccature, addirittura esaltandole, seguendo una forma di pensiero creativo che ci porti ad abbracciare soluzioni nuove, diverse, al di fuori dell’usuale area di comfort. Questa antica tecnica, sviluppata in Giappone nel quindicesimo secolo, consiste nel riparare un oggetto rotto con l’oro, evidenziandone le crepe anziché nasconderle. La sua filosofia profonda, però, va ben al di là di una semplice pratica artistica: il suo simbolismo ci parla di guarigione e resilienza. Riparato con cura, l’oggetto danneggiato pare accettare e riconoscere i propri trascorsi e paradossalmente diventa più forte, più bello, più prezioso di quanto non fosse prima di rompersi. Una metafora che, dipanandosi, illumina di nuova luce ogni processo di guarigione, riguardi esso una ferita fisica o emotiva. (Kintsugi- L’arte segreta di riparare la vita, 2018).

Così come il Kintsugi consente il recupero e la valorizzazione di un oggetto rotto, analogamente l’individuo può compiere un percorso di superamento e di guarigione delle proprie ferite interne, divenendo orgoglioso di mostrare le cicatrici che testimoniano il suo vissuto in un processo di rinascita.

La presa di coscienza del dolore è il primo passo per prendersi cura delle proprie ferite perché se ci si limita a mascherarle o a nasconderle potrebbero prima o poi riaprirsi. La scelta di guarire richiede tempo e impegno e il risultato, strato dopo strato, assume gradualmente forma. Scegliere di aggiustare un oggetto danneggiato non implica solo il riconoscimento del suo valore, ma significa anche sviluppare un atteggiamento di cura e di attenzione verso sé stessi. Analogamente quando si decide di riprendere in mano la propria vita dopo che ci si è sentiti “spezzati” dal dolore, la propria autostima ne risulta accresciuta poiché si è consapevoli di aver superato delle prove, delle difficoltà, di aver raggiunto un obiettivo, di avercela fatta. Le ferite esibite diventano una sorta di “medaglia

d'oro" con cui celebrare il proprio percorso fatto anche di fratture, di dolori e di cambiamenti che inevitabilmente fanno parte dell'esistenza di ognuno.

Il Kintsugi è una lezione di vita. Ci insegna ad abbracciare le nostre ferite anziché rimuoverle, a trasformarle in punti di forza "ricoprendole d'oro" poiché esse rappresentano una testimonianza del nostro passato e delle prove superate, in un percorso che ci narra di storie di rinascita, di resilienza e di esperienze che possono alimentare la crescita personale. (Grazzini A., 14 maggio 2020)

2.2 Le basi del pensiero

La filosofia alla base del kintsugi è radicata nel concetto giapponese di wabi-sabi (wabi: la meraviglia di fronte alla natura o alla vita rustica; sabi: ciò che si prova contemplando il segno del tempo su uomini o oggetti), che ci invita a riconoscere la bellezza delle cose semplici, imperfette e atipiche. Facendo proprio l'ideale del wabi-sabi si va controcorrente, ci si oppone ai moderni modelli standardizzati e artificiali. Il wabi-sabi invita alla contemplazione, a distaccarsi dalla perfezione. Sottolinea il carattere irreversibile del tempo che passa e l'aspetto effimero della realtà; esorta ad apprezzare l'umile bellezza delle cose semplici, rese uniche dalla patina lasciata dagli anni e dalle prove affrontate. (Kintsugi- L'arte segreta di riparare la vita, 2018).

È difficile esprimere il concetto di Wabi-Sabi in poche parole. Dietro questo termine apparentemente semplice si nasconde un'intera filosofia. Una filosofia profondamente radicata nella cultura giapponese che ne permea l'arte e le tradizioni. Stress, ansia, depressione, pensieri negativi, sono il prodotto del nostro continuo rincorrere un ideale. Il Wabi-Sabi ci invita a fermarci, a riflettere, a scoprire che la perfezione in natura non esiste. Tutto è già perfetto: basta accettarne l'imperfezione. Basta saper apprezzare le persone che ci stanno vicine, gli oggetti di un tempo, seguire il ciclo naturale della vita, cogliere la bellezza perfino nel decadimento.

Questa filosofia celebra la preziosità del tempo e delle sue conseguenze, le crepe, il difetto e ci invita ad amare il fascino del ferro ossidato, di una vernice scalfita o di una comune ruga sul viso di un anziano.

Il Wabi-Sabi si riflette non solo nell'arte e nell'architettura, ma anche nei rituali di vita quotidiana, come la cerimonia del tè giapponese, che incorpora elementi di semplicità,

umiltà e rispetto per la natura e per gli altri. È una filosofia che invita a una visione più profonda e contemplativa del mondo, incoraggiando una connessione più autentica e significativa con ciò che ci circonda.

2.3 Processo della tecnica

Si tratta di un processo lungo, che richiede precisione estrema e si svolge in numerose fasi nell'arco di più settimane, se non addirittura mesi. A volte, si dice, può volerci persino un anno per realizzare il miglior kintsugi possibile.

Per prima cosa, ogni frammento dell'oggetto rotto va recuperato e ripulito, per poi essere ricolato, come vuole la tradizione, con una lacca naturale (urushi) che proviene dalla resina della pianta *Rhus verniciflua*. È la lacca urushi a rappresentare il vero elemento prezioso in questa tecnica antica e non l'oro, perché la sua estrazione avviene una sola volta in dieci anni di vita di ciascuna pianta, attraverso tagli orizzontali effettuati sulla corteccia e ogni pianta può produrre all'incirca 200g. Il tutto viene messo ad asciugare e levigato. In seguito le crepe vengono sottolineate applicando più strati di lacca, che verrà poi comparsa con polvere d'oro o di un altro metallo (argento, bronzo, ottone, rame); questa polvere, fondendosi perfettamente alla lacca non ancora seccata, darà l'illusione di una colata di metallo. L'oggetto sarà ulteriormente lucidato, e a questo punto potrà rilevare tutto il suo splendore. (Kintsugi- l'arte di segreta di riparare la vita, 2018).

2.4 Relazione tra il Kintsugi e le Ustioni

Il kintsugi è l'arte di esaltare le ferite. Può essere considerata una forma di arteterapia, che invita a trascendere le prove affrontate trasformando in oro il piombo della vita. Le cicatrici, visibili ed invisibili, sono la dimostrazione del fatto che avrete incontrato e superato delle difficoltà. Rivelano la storia, mostrando che si è "sopravvissuti" e infondono coraggio. Ciascuno di noi ha le sue ferite e le sue imperfezioni; ciascuno di noi ha sofferto e superato ardue prove. (Kintsugi- L'arte segreta di riparare la vita. 2018).

Il kintsugi dunque, con la sua nobile pratica di esaltare le ferite, trova una connessione con il concetto di ustioni, rivelando un'analogia tra la riparazione di oggetti frantumati e la guarigione di ferite umane. Le ustioni, come le crepe su una superficie ceramica, portano con sé il peso dell'esperienza traumatica. Sono segni visibili di una battaglia con il fuoco, una lotta che lascia il corpo segnato ma non necessariamente indebolito.

Analogamente al kintsugi, dove le crepe non sono mascherate ma celebrate, la pelle che subito ustioni diventa una testimonianza vivente di forza e resilienza.

Come un abile artigiano applica la lacca impegnata di polvere d'oro per unire delicatamente le parti rotte di un oggetto, così il processo di guarigione dalle ustioni richiede pazienza e cura. La medicina e la terapia diventano gli strumenti di questa delicata arte, lavorando insieme per ricollocare i pezzi spezzati del corpo e della mente.

Le ustioni possono essere viste come crepe dorate sulla pelle, dove il calore del dolore è trasformato in una forma di bellezza resistente. Laddove una ferita bruciante potrebbe sembrare un segno di vulnerabilità, il kintsugi ci insegna che la guarigione trasforma quel segno in una testimonianza d'oro della nostra forza interiore.

Nell'unione dorata di crepe sulla ceramica o sulla pelle, emergono storie di sopravvivenza e crescita. Come l'oggetto riparato diventa più prezioso per le sue cicatrici, così ogni individuo può trovare valore nelle proprie esperienze, anche se segnate dalle fiamme del dolore.

In questo connubio tra kintsugi e ustioni, siamo invitati a riconsiderare il significato delle ferite, a vedere oltre il dolore iniziale e contemplare la bellezza che può emergere dalla guarigione. La vita, come l'arte del kintsugi, diventa un processo di trasformazione in cui le cicatrici diventano parte integrante della storia di chi siamo e di chi possiamo diventare.

Solo quando ci rompiamo, scopriamo di cosa siamo fatti. (Ziad K. Abdelnour)

CAPITOLO 3- LA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

3.1 Processo di Nursing

Tra le molteplici competenze dell'infermiere quella che rappresenta un'importanza sostanziale in quanto introduce la metodologia scientifica nelle cure infermieristiche, è rivestita dal processo assistenziale attraverso il quale è possibile costruire un piano di assistenza infermieristica, individuando prima gli obiettivi che si vogliono raggiungere, pianificando poi interventi ed attività utili per raggiungere quegli obiettivi.

Con il termine processo di nursing si intende: *“un approccio sistematico alla pratica clinica infermieristica che consente di identificare e trattare i problemi di salute reali o potenziali di una persona, di gruppi di pazienti, famiglie o comunità”* (Saiani e Brugnoli, 2021). Permette di fornire un'assistenza appropriata ed efficace e di far assumere al soggetto interessato un ruolo attivo nelle decisioni riguardanti la propria salute, promuovendo l'autonomia. Comprende l'utilizzo del metodo scientifico per il riconoscimento dei bisogni di salute del paziente, famiglia o comunità e per selezionare tra questi quelli che possono essere realmente affrontati con le cure infermieristiche. Il processo infermieristico è dinamico e continuo, può essere cambiato al modificarsi dei bisogni del paziente.

Per trasferire le conoscenze teoriche dalla disciplina infermieristica all'esercizio professionale, è necessario utilizzare il *pensiero critico*. Questo viene utilizzato in tutte le fasi del processo ed *“è un metodo di pensare disciplinato, autodiretto e razionale, che avvalorà ciò che si conosce e chiarisce ciò che non si conosce”* (Wilkinson JM., 2013).

In Italia il metodo del processo di nursing come caratteristica propria dell'agire è riconosciuto dal profilo professionale dell'infermiere laddove 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. n739 del 14 settembre 1994).

Il processo di assistenza infermieristica consta di 5 fasi:

1. Accertamento (raccolta, validazione e organizzazione dei dati);

2. Diagnosi infermieristica (si analizzano i dati precedentemente raccolti e si formula un giudizio, ovvero una diagnosi sul problema di salute);
3. Pianificazione degli interventi (si sviluppano e si pianificano gli obiettivi, gli interventi e le attività infermieristiche);
4. Attuazione degli interventi (messa in atto del piano infermieristico);
5. Valutazione dei risultati (si confrontano i risultati ottenuti tramite gli obiettivi prefissati in precedenza per verificare se è stato raggiunto il benessere ottimale e se i problemi identificati sono stati risolti).

La prima fase del processo di assistenza è l'accertamento, che tramite un'intervista, permette la raccolta di dati che permetteranno all'infermiere di determinare lo stato di salute della persona (Carpenito-Moyet, 2005). Esso prende in considerazione diversi aspetti, da quelli fisici come i segni vitali, il colore e la condizione della cute, la funzionalità motoria e sensoriale, la nutrizione, il riposo, il sonno, l'eliminazione e lo stato di coscienza; a quelli sociali come la spiritualità, gli stati d'animo, l'occupazione lavorativa e l'atteggiamento verso le cure sanitarie.

In base alle condizioni dell'individuo esistono diverse tipologie di accertamento:

- **ACCERTAMENTO INIZIALE o GLOBALE:** viene svolto al momento del ricovero o durante la prima visita a domicilio o in ambulatorio; si avvale di modelli come i modelli funzionali di Gordon, il modello testa-piedi e il modello dei sistemi corporei;
- **ACCERTAMENTO MIRATO o CONTINUO:** all'infermiere vengono forniti dati su un solo problema di salute che era stato identificato in precedenza;
- **ACCERTAMENTO A DISTANZA o DI RIVALUTAZIONE:** è un riaccertamento completo di tutti i modelli fisiologici a distanza di intervalli di tempo variabili;
- **ACCERTAMENTO D'EMERGENZA:** viene effettuato in una situazione pericolosa per la vita della persona quando c'è un cambiamento improvviso e repentino dello stato di salute.

I dati raccolti devono essere precisi e completi e possono essere sia soggettivi, di solito derivati dalla fonte primaria che è l'assistito, sia oggettivi che di solito vengono individuati da fonti secondarie come l'infermiere, altri operatori o dalla famiglia.

Questi ultimi vengono raccolti eseguendo un accertamento olistico della persona utilizzando 4 metodi per la raccolta:

- L'osservazione;
- L'intervista;
- L'esame fisico;
- L'intuizione.

La seconda fase del processo assistenziale è il ragionamento diagnostico, cioè un'attività intellettuale in cui gli infermieri elaborano i dati raccolti per trarre delle conclusioni identificando i problemi di interesse. Interagiscono gli elementi essenziali della conoscenza, dell'esperienza e delle capacità riflessive. Si articola in 3 fasi:

1. Interpretazione e collegamento dei dati: viene attribuito un significato e assegnato un grado di rilevanza in base all'impatto che una determinata problematica ha sulla vita della persona;
2. Formulazione e verifica di ipotesi: in questo modo se segni e sintomi sono in relazione tra loro possono essere aggregati per ottenere così informazioni più complete ai fini della formulazione della diagnosi;
3. Definizione del problema e della diagnosi infermieristica.

La diagnosi infermieristica "...è un giudizio clinico riguardante una risposta umana di una persona, caregiver, famiglia, gruppo o comunità, a condizioni di salute/processi vitali, o una suscettibilità a tale risposta. Una diagnosi infermieristica costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a raggiungere risultati di cui l'infermiere ha la responsabilità" (Approvata alla IX Conferenza NANDA e modificata nel 2009, 2013 e nel 2019).

Le diagnosi promuovono l'autonomia e la responsabilità dell'infermiere che non è un mero esecutore ma un professionista. Essere professionisti implica anche competenza sia nel ragionamento clinico sia nell'uso delle categorie diagnostiche. È infatti essenziale disporre di un linguaggio univoco per poter dare un titolo a quelli che sono i problemi di salute di pertinenza infermieristica.

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 anche 4 tipologie di diagnosi:

- ❖ Attuali o Reali: il problema è presente al momento dell'accertamento infermieristico, sono presenti segni e sintomi;
- ❖ Di rischio o Potenziali: sono presenti, al momento dell'accertamento, fattori di rischio che rendono l'individuo o la comunità suscettibili ad eventuali problemi;
- ❖ Benessere: un giudizio clinico basato su un livello ottimale di salute con capacità di miglioramento;
- ❖ A Sindrome: assegnata ad un gruppo di diagnosi che avvengono nello stesso momento, riservata dunque a problemi complessi.

La terza fase del processo assistenziale consiste nella pianificazione. Essa comprende la definizione dei problemi prioritari del paziente, dei risultati attesi e la selezione degli interventi da effettuare. Nella pianificazione si ricorre a capacità decisionali e di soluzione dei problemi, si selezionano le priorità e si propongono una serie di interventi. Durante questo processo, oltre a collaborare con il paziente e la sua famiglia, l'infermiere consulta altri membri dello staff sanitario e consulta la letteratura pertinente.

La pianificazione assistenziale è dinamica e cambierà se le necessità del paziente saranno soddisfatte o se si identificheranno nuove necessità. Per stabilire le priorità si devono classificare le diagnosi o i problemi in ordine di importanza, per poter organizzare le attività di cure, soprattutto quando il paziente ha più di un problema (Carpenito,2002). Esse vengono stabilite per aiutare l'infermiere a prevedere e a mettere in ordine di sequenza gli interventi e i risultati attesi.

Una volta individuati i bisogni dell'assistito, siamo di fronte alla fase di individuazione degli obiettivi attraverso la tassonomia NOC (*Nursing Outcomes Classification*) e elaborazione degli interventi attraverso la tassonomia NIC (*Nursing Interventions Classification*) che mirano a monitoraggio, prevenzione, riduzione o eliminazione dei problemi stessi.

La quarta fase riguarda invece l'attuazione delle cure infermieristiche. Inizia dopo aver sviluppato un piano di cure, basato su diagnosi infermieristiche o problemi e bisogni di assistenza infermieristica chiari e rilevanti. È la fase in cui l'infermiere svolge o delega le attività necessarie a supportare o migliorare lo stato di salute del paziente e raggiungere

i risultati attesi. 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.

L'ultima fase è quella della valutazione, in cui viene accertata l'efficacia del piano di assistenza eseguita tramite strumenti standard (modelli di valori assunti o auspicati da un indicatore su una scala di riferimento) e indicatori e criteri (strumenti misurabili e osservabili) che corrispondono ai NOC già usati nella pianificazione. Si evidenzia in che misura gli obiettivi sono stati raggiunti, se completamente o parzialmente o per nulla, e in base a questo si decide se concludere o revisionare il piano delle cure. La valutazione può essere fatta anche più volte nel corso del processo di assistenza permettendo così un meccanismo di feedback che consente eventualmente di modificare gli obiettivi e gli interventi nel momento in cui risultassero inefficaci.

3.2 Il Piano di Assistenza Infermieristica

Il piano di assistenza infermieristica rappresenta uno strumento in cui si concretizza il processo di nursing. È il mezzo attraverso il quale la personalizzazione dell'assistenza si realizza. (Cantarelli M., 2003).

La dinamicità del piano di assistenza riflette la dinamicità della relazione con la persona. Il piano è il risultato delle fasi di accertamento, scelta della diagnosi e pianificazione di obiettivi e interventi.

Il processo di nursing è uno solo, ma possiamo avere tanti piani di assistenza quanti sono i destinatari dell'assistenza. (Cantarelli M., 2003).

Uno studio condotto in Svezia ha messo in evidenza come l'utilizzo di *standardized nursing care plan* sia stato positivamente percepito dagli infermieri che hanno riconosciuto come questo strumento abbia aumentato la loro capacità di fornire la stessa qualità delle cure a tutti i pazienti riducendo inoltre il tempo trascorso a compilare documentazione non sempre necessaria.

Parlare di piani standardizzati significa concepire e praticare un'assistenza infermieristica rivolta all'unicità della persona, ma standardizzata in termini di scelte assistenziali di comprovata efficacia. (Motta CP., 2001)

Il *semi standardized nursing care plan* (SSNCP) presenta queste caratteristiche confermandosi uno strumento produttivo ed efficace che favorisce il potenziamento dell'attività assistenziale grazie all'utilizzo di un linguaggio condiviso.

Mettere a disposizione degli infermieri un "pacchetto" di diagnosi già selezionate tenendo conto delle problematiche reali o potenziali e dei bisogni di salute di un gruppo di pazienti che presentano caratteristiche comuni, guida l'infermiere nelle fasi del processo di nursing.

Rende possibile un accertamento guidato e una volta definite le diagnosi più appropriate si propone come piano già predisposto.

Allo stesso tempo l'infermiere è autonomo nella modifica del piano qualora lo ritenga necessario. Si conferma dunque uno strumento sistematico e sviluppato con una metodologia ben definita, ma al contempo soggetto alla creatività dell'infermiere che lo sviluppa, alle caratteristiche dei destinatari dell'assistenza e al setting in cui viene proposto.

3.3 Piano Assistenziale per Persona Ustionata

Il seguente piano semi-standardizzato (SSNCP) è stato realizzato per l'assistenza di soggetti che hanno subito un'ustione e ne riportano i segni, sia fisici che psicologici.

In questo piano vengono utilizzate le diagnosi della tassonomia NANDA, sia reali che di rischio che di benessere, suddivise secondo gli 11 modelli funzionali della Gordon. Questo piano di assistenza infermieristica si propone come guida per la valutazione iniziale e periodica dell'assistito dopo la presa in carico da parte dell'infermiere attraverso i NOC e NIC selezionati.

Nelle tabelle dei NOC la valutazione sarà effettuata tramite l'utilizzo della Scala Likert con valori da 1 (Grave/Mai dimostrato) a 5 (Nessuno/Costante dimostrato). Attraverso questo strumento sarà possibile fotografare la situazione nel momento dell'accertamento e valutare in seguito il raggiungimento o meno degli obiettivi. In caso di non raggiungimento dell'obiettivo, l'infermiere dovrà rivalutare l'intero processo assistenziale per individuare eventuali problematiche insorte o non risolte, rivalutando i NIC presi in considerazione e scegliendone altri, più adeguati al caso.

CONCLUSIONI

La seguente tesi si è inaugurata con un' esplorazione delle ustioni, indagando sulle loro origini e le diverse fasi di sviluppo.

Successivamente, si è approfondito il concetto del Kintsugi, evidenziando il suo legame con le cicatrici lasciate dalle ustioni sul corpo dei pazienti traumatizzati. È interessante notare come il processo di riparazione delle crepe degli oggetti, tramite il Kintsugi, esalti la bellezza dell' oggetto stesso, così come le cicatrici derivanti dai traumi valorizzano la persona che le porta.

Infine, si è giunti alla formulazione di un piano semi-standardizzato eliminando i codici di diagnosi, obiettivi e interventi al fine di renderlo accessibile a tutti i professionisti. In particolare, ci si è concentrati sull' approccio infermieristico al ripristino della salute mentale dei pazienti ustionati.

Il semi standardized nursing care plan (SSNCP) è un piano di semplice uso, il quale potrebbe rappresentare una risorsa preziosa in ambito ospedaliero, dove il tempo limitato rende difficile la pianificazione dettagliata dell' assistenza per tutti i pazienti. L' utilizzo di un piano già strutturato potrebbe essere una soluzione efficace.

La tesi, nel suo complesso, ha voluto evidenziare l' importanza dell' accettazione del proprio corpo, nonostante le cicatrici dei traumi subiti, poiché esse fanno parte dell' esperienza umana, rendendo ogni individuo unico e prezioso agli occhi degli altri. Inoltre, si è sottolineato il ruolo cruciale del supporto psicologico iniziale fornito dai professionisti della salute nel rinforzare l' autostima e la consapevolezza dei pazienti che hanno subito traumi come le ustioni.

In conclusione, questo elaborato, orientato alla creazione di un piano di assistenza per una persona con ustioni, consiste nel definire traguardi che integrino il lavoro compiuto e che siano essenziali per la sua efficacia: promuove l' assistenza infermieristica basata sull' evidenza; sostiene l' assistenza olistica, che coinvolge l' intera persona, compresi gli

aspetti fisici, psicologici, sociali e spirituali, con la gestione e la prevenzione della malattia; identifica e distingue gli obiettivi e gli esiti attesi; misura l'assistenza infermieristica; definisce l'identità dell'infermiere; fornisce indicazioni per l'assistenza individualizzata; continua assistenza; monitora il progresso; funge da guida per il rimborso e per ultimo ma non per importanza la documentazione: se l'assistenza infermieristica non viene documentata correttamente nel piano di cura, non vi è evidenza che l'assistenza sia stata fornita.

ALLEGATI

Leggenda Scala di Likert

Grave	1				
Sostanziale		2			
Moderata			3		
Lieve				4	
Nessuna					5

Scarso	1				
Discreto		2			
Buono			3		
Molto buono				4	
Eccellente					5

Rischio di infezione (Modello di Percezione e Gestione della salute)

NOC

Gravità dell'infezione	1	2	3	4	5
Vescicole senza croste
Drenaggio purulento
Febbre
Brividi
Instabilità della temperatura
Dolore
Malessere
Colonizzazione della coltura al sito della ferita
Comportamenti volti al trattamento di malattie o traumi	1	2	3	4	5
Si attiene alle precauzioni raccomandate
Si attiene ai trattamenti prescritti
Svolge le attività prescritte
Si attiene al trattamento medico
Evita comportamenti che aumentano la patologia
Pratica la cura di sé secondo capacità
Monitora gli effetti del trattamento
Usa correttamente i dispositivi di cura
Trova l'equilibrio tra cura, esercizio, lavoro, svago, riposo e alimentazione
Chiede consigli ai professionisti della salute secondo necessità
Programma gli appuntamenti con i professionisti della salute secondo necessità
Controllo dei rischi: processo infettivo	1	2	3	4	5
Individua i fattori di rischio di infezione
Cerca informazioni aggiornate sul controllo delle infezioni
Riconosce i fattori di rischio personale di infezione
Identifica il rischio di infezione nelle attività quotidiane

Riconosce le conseguenze associate all'infezione	.	.	.	.	.
Identifica i segni e i sintomi di infezione	.	.	.	.	.
Monitora i comportamenti personali per i fattori associati al rischio di infezione	.	.	.	.	.
Mantiene pulito l'ambiente	.	.	.	.	.
Effettua l'igiene personale	.	.	.	.	.
Sorveglia i fattori di rischio relativi al comportamento personale	.	.	.	.	.
Modifica lo stile di vita per ridurre i rischi	.	.	.	.	.
Evita l'esposizione alle minacce alla salute	.	.	.	.	.
Usa sistemi di sostegno personale per controllare i rischi	.	.	.	.	.
Monitora i cambiamenti del proprio stato di salute generale	.	.	.	.	.
Compie azioni immediate per ridurre il rischio	.	.	.	.	.
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	.	.	.	.	.
Trattamento delle infezioni diagnosticate	.	.	.	.	.
Influenze della nutrizione sull'infezione	.	.	.	.	.
Strategie di gestione dello stress	.	.	.	.	.
Disponibilità di gruppi di sostegno	.	.	.	.	.
Guarigione dell'ustione	1	2	3	4	5
Percentuale di guarigione della sede del trapianto	.	.	.	.	.
Percentuale di guarigione della sede dell'ustione	.	.	.	.	.
Granulazione del tessuto	.	.	.	.	.
Perfusione tissutale alla sede dell'ustione	.	.	.	.	.
Dolore	.	.	.	.	.
Infezione	.	.	.	.	.

Vesciche cutanee	.	.	.	.	.
Cattivo odore dalla ferita	.	.	.	.	.
Edema al sito dell'ustione	.	.	.	.	.
Necrosi tissutale	.	.	.	.	.
Autogestione: infezione	1	2	3	4	5
Si sottopone a screening per la diagnosi precoce	.	.	.	.	.
Ottiene il trattamento per l'infezione diagnosticata	.	.	.	.	.
Ricerca informazioni sull'infezione	.	.	.	.	.
Segue il regime terapeutico come prescritto	.	.	.	.	.
Monitora i segni e i sintomi di infezione	.	.	.	.	.
Utilizza i metodi per alleviare i sintomi	.	.	.	.	.
Utilizza strategie per prevenire le complicanze	.	.	.	.	.
Attua l'igiene delle mani	.	.	.	.	.

NIC

Controllo delle infezioni

Destinare a ogni persona uno spazio fisico appropriato, come indicato dai criteri del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM).

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.

Insegnare al personale sanitario i metodi migliori per lavarsi le mani.

Educare la persona sulle tecniche appropriate per lavarsi le mani.

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.

Indossare un grembiule o camici chirurgici per manipolare il materiale infetto.

Usare guanti sterili quando occorre.

Disinfettare la cute della persona con una agente antibatterico, se appropriato.

Adottare una tecnica appropriata per la cura delle ferite.

Promuovere un apporto nutrizionale appropriato.

Incoraggiare l'assunzione di liquidi, se appropriato.

Incoraggiare la persona a riposare.

Insegnare alla persona e ai familiari i segni e i sintomi di infezione e quando riferirli a professionisti della salute.

Insegnare alla persona e ai familiari come evitare le infezioni.

Protezione dalle infezioni

Monitorare i segni/sintomi sistemici e locali infezione.

Monitorare la vulnerabilità delle infezioni.

Assicurare una cura scrupolosa della cute delle aree edematose.

Ispezionare la cute e le mucose per eventuali segni quali rossore, calore estremo o secrezioni.

Ispezionare lo stato di ogni incisione chirurgica o ferita.

Garantire un sufficiente apporto nutrizionale.

Incoraggiare il riposo.

Monitorare eventuali cambiamenti nel livello di energia o malessere.

Esortare ad aumentare l'esercizio fisico e la mobilità, se appropriato.

Insegnare alla persona e ai suoi familiari a riconoscere i segni e i sintomi di infezione e quando riferirli a professionisti della salute.

Cura della ferita: difficoltà di guarigione

Provvedere a un adeguato controllo del dolore (per esempio attraverso le tecniche di rilassamento, la distrazione, la terapia analgesica prescritta prima e dopo la medicazione).

Concordare delle pause durante la medicazione delle ferite.

Bagnare la medicazione con soluzione salina prima della rimozione, se necessario.

Descrivere le caratteristiche della lesione, rilevando le dimensioni, la localizzazione, le secrezioni, il colore, la presenza di sanguinamento, dolore, odore ed eventuale edema.

Registrare le variazioni osservate nell'evoluzione della lesione.

Rilevare i segni e i sintomi di infezione della ferita.

Evitare di usare soluzioni antisettiche.

Pulire la lesione, partendo dalle zone più pulite verso quelle più sporche.

Tamponare delicatamente l'area asciutta perilesionale.

Evitare trattamenti chimici o meccanici per rimuovere il tessuto.

Verificare l'impatto che la lesione determina sulla qualità di vita della persona (per esempio sul sonno, sull'appetito, sulle attività, sull'umore e sulle relazioni sociali).

Informare la persona assistita e i suoi familiari su come smaltire la medicazione utilizzata.

Illustrare i metodi di protezione della ferita da colpi, pressione e frizione (per esempio cuscini, imbottiture, tamponi).

Incoraggiare la persona assistita ad impegnarsi in attività sociali, ricreative e in esercizi di rilassamento, se appropriato.

Incoraggiare la persona assistita a guardare la parte del corpo che ha subito il cambiamento.

Fornire alla persona assistita, al caregiver e/o ai familiari il necessario sostegno emotivo.

Identificare metodi per ridurre il disagio correlato alla visione della parte del corpo deformata, attraverso l'uso di indumenti.

Aiutare la persona assistita ad assumere una maggiore responsabilità sulla cura di sé, per quanto possibile.

Incoraggiare la persona assistita e i suoi familiari ad assumere un ruolo attivo nel trattamento, se appropriato.

Integrità tissutale compromessa (Modello Nutrizionale-metabolico)

NOC

Integrità tissutale: cute e mucose	1	2	3	4	5
Temperatura cutanea
Sensibilità
Elasticità
Idratazione
Spessore
Perfusione tissutale
Integrità della cute
Lesioni cutanee
Tessuto cicatriziale
Eritema
Necrosi
Idratazione	1	2	3	4	5
Umidità delle mucose
Assunzione di liquidi
Funzione cognitiva
Perfusione tissutale
Sete
Termoregolazione	1	2	3	4	5
Formazione di pelle d'oca quando ha freddo
Suda quando ha caldo
Riferisce benessere termico
Aumento della temperatura cutanea
Irritabilità
Sonnolenza
Cambiamenti del colore della cute
Disidratazione
Diminuzione della temperatura cutanea

Ipotermia	.	.	.	.	.
Stato nutrizionale	1	2	3	4	5
Assunzione di nutrienti	.	.	.	.	.
Assunzione di cibo	.	.	.	.	.
Assunzione di liquidi	.	.	.	.	.
Energia	.	.	.	.	.
Rapporto peso/altezza	.	.	.	.	.
Idratazione	.	.	.	.	.
Funzionalità sensoriale: cutanea	1	2	3	4	5
Discriminazione tra stimoli acuti e deboli	.	.	.	.	.
Discriminazione di calore	.	.	.	.	.
Discriminazione del freddo	.	.	.	.	.
Discriminazione tra formicolio e prurito	.	.	.	.	.
Discriminazione di uno stimolo nocivo	.	.	.	.	.
Perdita di sensazioni	.	.	.	.	.
Autogestione: ferita	1	2	3	4	5
Identifica il tipo di ferita e i rischi a essa associati	.	.	.	.	.
Identifica il tipo di chiusura della ferita	.	.	.	.	.
Ricerca informazioni sulla cura della ferita	.	.	.	.	.
Usa strategie di controllo del dolore	.	.	.	.	.
Lava le mani prima di curare la ferita	.	.	.	.	.
Monitora i segni e i sintomi di infezione	.	.	.	.	.
Controlla l'area interessata a ogni cambio di medicazione	.	.	.	.	.
Applica la medicazione per coprire la ferita	.	.	.	.	.
Si lava le mani dopo aver curato la ferita	.	.	.	.	.
Smaltisce in modo sicuro il materiale contaminato	.	.	.	.	.
Applica la crema solare sulla pelle dopo la guarigione	.	.	.	.	.
Rispetta gli appuntamenti con il professionista della salute	.	.	.	.	.

NIC

Cura della ferita
<p>Monitorare le caratteristiche della ferita, quali il drenaggio, il colore, le dimensioni e l'odore.</p> <p>Rimuovere eventuale materiale presente nella ferita (per esempio schegge, zecche, vetro, ghiaia, metallo), se necessario.</p> <p>Detergere con soluzione fisiologica o con un prodotto non tossico, se appropriato.</p> <p>Assicurare la cura necessaria al sito di incisione, se necessario.</p> <p>Applicare una medicazione adatta al tipo di ferita.</p> <p>Rinforzare la medicazione, se necessario.</p> <p>Mantenere una tecnica di medicazione sterile nella cura della ferita, se appropriato.</p> <p>Cambiare la medicazione in base alla quantità di essudato e di drenaggio.</p> <p>Ispezionare la ferita a ogni cambio di medicazione.</p> <p>Fare confronti e registrare regolarmente ogni cambiamento che interviene nella ferita.</p> <p>Cambiare la posizione della persona almeno ogni 2 ore, se appropriato.</p> <p>Incoraggiare l'assunzione di liquidi, se appropriato.</p> <p>Aiutare la persona e i familiari a procurarsi il materiale necessario.</p> <p>Educare la persona assistita e i suoi familiari sulla conservazione e lo smaltimento delle medicazioni e di ogni tipo di materiale.</p> <p>Insegnare alla persona assistita e ai suoi familiari le procedure per la cura delle ferite.</p> <p>Insegnare alla persona assistita e ai suoi familiari i segni e i sintomi di infezione.</p> <p>Documentare la localizzazione, le dimensioni e l'aspetto della ferita.</p>
Sorveglianza della cute
<p>Monitorare il colorito e la temperatura della cute.</p> <p>Ispezionare la cute e le mucose per eventuali arrossamenti, calore eccessivo, edema o secrezioni (perdita di liquidi).</p> <p>Ispezionare le condizioni dell'incisione chirurgica, se appropriato.</p> <p>Monitorare la cute e le mucose per rilevare aree di decolorazione, ecchimosi e lesioni.</p> <p>Monitorare per eventuali segni di infezione, specie nelle aree edematose.</p> <p>Monitorare la cute per eventuali rash e abrasioni.</p> <p>Ispezionare gli abiti per verificare se sono troppo stretti.</p> <p>Registrare i cambiamenti della cute o delle mucose.</p>

Adottare misure per prevenire un ulteriore deterioramento, se necessario.

Cura della cute: sito di innesto

Assicurare un adeguato controllo del dolore (per esempio, farmaci, musicoterapia, distrazione, massaggio).

Verificare che sia stata raccolta un'anamnesi completa e che sia stato effettuato un esame fisico prima dell'intervento di innesto di cute.

Applicare medicazioni con cotone o garza per mantenere una tensione adeguata nel sito di innesto, secondo il protocollo aziendale.

Educare la persona a tenere la parte interessata il più possibile immobile nel periodo della guarigione.

Educare la persona assistita sul fatto che la protezione del sito di innesto potrebbe essere necessaria anche per anni.

Aspirare con l'ago per eliminare i liquidi da sotto l'innesto allo scopo di assicurare un contatto diretto fra il letto ricevente e l'innesto nel periodo della rivascolarizzazione postoperatoria.

Evitare la frizione e la forza elastica trasversale nel sito di innesto recente.

Limitare l'attività della persona al riposo a letto finché l'innesto non aderisce.

Monitorare il colore, il calore, il riempimento capillare e il turgore dell'innesto, se il sito non è coperto da una medicazione.

Monitorare eventuali segni di infezione (per esempio febbre, dolore) e altre possibili complicanze postoperatorie.

Fornire sostegno emozionale, comprensione e considerazione alla persona e ai familiari nei casi in cui l'innesto non attecchisca.

Sostenere la persona a manifestare in modo appropriato la collera, l'ostilità e la frustrazione in caso di insuccesso dell'innesto.

Sutura

Identificare le allergie della persona ad anestetici, materiali di sutura, cerotti, povidone-iodato o altre soluzioni topiche.

Identificare la storia di formazioni cheloidi, se appropriato.

Pulire la cute intorno alla ferita con acqua e sapone o altra soluzione antisettica debole.

Adottare la tecnica sterile durante la procedura di sutura.

Somministrare, su prescrizione medica, nell'area interessata un anestetico locale o iniettabile, se appropriato.

Applicare una medicazione, se appropriato.

Educare la persona sulla cura della linea di sutura o delle strisce adesive sterili, includendo segni e sintomi di infezione.

Rimuovere le suture entro 1 o 2 settimane dalla loro applicazione, a seconda della posizione anatomica (sul viso, rimuovere dopo 5-7 giorni, sul collo dopo 7 giorni, sul cuoio capelluto dopo 10 giorni, sul tronco e sugli altri superiori dopo 10-14 giorni, e sugli arti inferiori dopo 14-21 giorni), come indicato.

Programmare una visita di controllo, se appropriato.

Cura delle ferite: ustioni

Raffreddare immediatamente l'ustione con acqua tiepida (20°C) o con soluzione salina, se possibile.

Lavare le lesioni da agenti chimici in modo continuo per 30 min o più a lungo per garantire l'eliminazione di tutti gli agenti ustionanti.

Monitorare lo stato di coscienza nelle persone con ustioni estese.

Valutare la ferita, esaminandone profondità, estensione, localizzazione, dolore, agente causale, essudazione, granulazione o necrosi del tessuto, epitelizzazione e segni di infezione.

Somministrare, su prescrizione medica, immunoglobuline antitetaniche, se indicato.

Adottare misure di isolamento fisico per prevenire le infezioni (per esempio maschera, camice, guanti sterili, cuffia e sovrascarpe).

Informare la persona assistita sulle procedure seguite per medicare la ferita.

Mettere in atto misure di comfort nel cambiare la medicazione.

Allestire un campo sterile e mantenere la totale asepsi durante l'intero processo.

Togliere le garze/ medicazioni/ tagliandole e bagnandole con soluzione salina o acqua.

Effettuare la rimozione dei tessuti necrotici, danneggiati o infetti della ferita, se indicato.

Applicare agenti topici alla ferita, se necessario.

Posizionare una medicazione oclusiva senza esercitare compressione.

Fornire un adeguato controllo del dolore con misure farmacologiche e non.

Curare la cute delle aree di donazione e di innesto.

Garantire un adeguato apporto di nutrienti e di liquidi.

Aiutare la persona assistita a determinare la reale estensione dei cambiamenti fisici e funzionali.

Suggerire modalità per proteggere le parti colpite.

Aiutare la persona assistita ad accettare i cambiamenti fisici e ad adattarli al proprio stile di vita (per esempio sfera sessuale, famiglia, impiego e relazioni sociali).

Offrire accettazione e supporto emotivo durante l'assistenza.

Disponibilità a migliorare la cura di sé (Modello di Attività ed esercizio fisico)

NOC

Autonomia personale	1	2	3	4	5
Adotta decisioni informate
Tiene conto delle opinioni degli altri quando effettua delle scelte
Manifesta autonomia nel processo decisionale
Dichiara le preferenze personali
Partecipa alle decisioni relative all'assistenza della salute
Esprime soddisfazione per le scelte della vita
Dichiara la capacità di affrontare lo stato di salute attuale
Cura di sé: attività di vita quotidiana (ADL)	1	2	3	4	5
Vestirsi
Cura del proprio aspetto
Igiene
Deambulazione
Prestazioni di trasferimento
Autoposizionamento
Sicurezza del comportamento personale	1	2	3	4	5
Usa i dispositivi di sicurezza durante le attività ad alto rischio
Sceglie l'abbigliamento adatto all'attività
Usa correttamente gli ausili di assistenza
Pratica attività di svago sicure
Evita i comportamenti ad alto rischio
Usa un sistema personale di risposta alle emergenze
Cerca informazioni sulla sicurezza dell'ambiente
Stato della cura di sé	1	2	3	4	5
Si fa il bagno
Si veste
Mangia da solo
Mantiene la pulizia personale

NIC

Assistenza nella cura di sé

Monitorare la capacità della persona di provvedere alla cura di sé in maniera autonoma.
Fornire gli oggetti personali desiderati (per esempio deodorante, spazzolino da denti, sapone da bagno).

Fornire un ambiente terapeutico adatto al fine di assicurare un'esperienza calorosa, rassicurante, rilassata, riservata e personalizzata.

Assicurare l'assistenza necessaria finché la persona non è in grado di provvedere interamente alla cura di sé.

Ripetere costantemente la routine legata alla salute in modo che possa diventare un'abitudine consolidata.

Incoraggiare la persona a seguire le attività della vita quotidiana al proprio livello di capacità.

Incoraggiare l'autonomia ma intervenire quando l'assistito non è in grado di eseguire una determinata attività.

Fissare una routine per le attività finalizzate alla cura di sé.

Insegnamento: individuale

Stabilire con la persona assistita un rapporto di fiducia.

Determinare i bisogni di apprendimento della persona.

Valutare l'attuale livello di conoscenza e di comprensione dei contenuti da parte della persona.

Determinare la capacità della persona di apprendere specifiche informazioni (per esempio livello di sviluppo, stato fisiologico, orientamento, dolore, fatigue, bisogni di base non soddisfatti, stato emozionale, adattamento alla malattia).

Determinare la motivazione della persona ad apprendere specifiche informazioni (per esempio convinzioni riguardanti la salute, non adesione nel passato oppure esperienze negative di assistenza ed educazione sanitaria/ terapeutica, obiettivi contrastanti).

Fissare con la persona obiettivi di apprendimento reciproci e realistici.

Valutare lo stile di apprendimento della persona.

Adattare l'insegnamento in modo da facilitare l'apprendimento, se appropriato.

Valutare il raggiungimento degli obiettivi stabiliti da parte della persona.

Rinforzare il comportamento, se appropriato.

Correggere le interpretazioni sbagliate delle informazioni, se appropriato.

Dare alla persona il tempo necessario per fare domande e discutere di ciò che la preoccupa.

Includere nel programma i familiari e altre persone significative, se appropriato.

Promozione all'attività fisica

Analizzare cosa pensa la persona dell'attività fisica in relazione alla propria salute.

Determinare il livello di motivazione della persona a iniziare/continuare un programma di attività fisica.

Incoraggiare la persona a parlare delle emozioni che prova in rapporto all'attività fisica o al bisogno di esse.

Incoraggiare la persona a cominciare o a continuare l'attività fisica.

Aiutare la persona a sviluppare un programma di attività fisica idoneo a soddisfarne il bisogno.

Aiutare la persona assistita a fissare regolari periodi di attività fisica all'interno della routine settimanale.

Informare la persona sui benefici dell'attività fisica per la salute e sui suoi effetti fisiologici.

Monitorare l'adesione della persona al programma di attività fisica.

Educare la persona sugli opportuni esercizi di riscaldamento e raffreddamento.

Educare la persona sulle tecniche di respirazione che consentono il massimo apporto di ossigeno durante l'attività fisica.

Monitorare la risposta della persona al programma di attività fisica.

Fornire dei riscontri che sollecitino la persona a proseguire nel suo impegno.

Modello di sonno disturbato (Modello di Riposo-sonno)

NOC

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)
Si sente rigenerato dopo il sonno
Sonno costantemente tutta la notte
Sonno interrotto
Dipendenza da sonniferi
Riposo	1	2	3	4	5
Quantità di riposo
Qualità di riposo
Modalità di riposo
Riposo fisico
Riposo mentale
Riposo emotivo
Recupero dell'energia dopo il riposo
Livello di malessere	1	2	3	4	5
Dolore
Ansia
Lamenti
Sofferenza
Stress
Paura
Depressione
Pensieri paranoici

Illusioni	.	.	.	.	.
Comportamenti ossessivi compulsivi	.	.	.	.	.
Irrequietezza	.	.	.	.	.
Fame d'aria	.	.	.	.	.
Incapacità di comunicare	.	.	.	.	.

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.

Spiegare l'importanza di un periodo adeguato di sonno durante la gravidanza, la malattia, gli stress psicosociali ecc.

Monitorare/registrazione il modello e il numero delle ore di sonno della persona assistita.

Monitorare e registrare le cause fisiche (per esempio apnea nel sonno, vie respiratorie ostruite, dolore/disagio, frequenza urinaria) e/o psicologiche (per esempio paura o ansia) che interrompono il sonno.

Introdurre specifiche modifiche ambientali (per esempio luci, rumore, temperatura, materasso e letto) 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.

Promuovere l'aumento del numero delle ore di sonno, se necessario.

Stabilire gli orari di somministrazione dei farmaci in modo da favorire il ciclo sonno/veglia della persona assistita.

Discutere con la persona assistita/ i suoi familiari delle tecniche per favorire il sonno.

Terapia di rilassamento

Descrivere la base razionale del rilassamento, i benefici, i limiti e le modalità di rilassamento (per esempio musicoterapia, meditazione e rilassamento muscolare progressivo).

Valutare la diminuzione dei livelli attuali di energia, l'incapacità di concentrarsi o altri sintomi contingenti che possono interferire con la capacità cognitiva di concentrarsi sulle tecniche di rilassamento.

Prendere in considerazione la disponibilità della persona a partecipare, la capacità di esecuzione, le preferenze, le passate esperienze e le controindicazioni per individuare una specifica strategia di rilassamento.

Fornire una descrizione dettagliata dell'intervento di rilassamento da attuare.

Creare un ambiente tranquillo e silenzioso, con luci soffuse e temperatura confortevole, quando possibile.

Insegnare alla persona ad assumere una posizione confortevole a indossare abiti comodi e a chiudere gli occhi.

Insegnare alla persona a rilassarsi e permettere l'affioramento delle sensazioni.

Usare un tono di voce basso pronunciando le parole lentamente e ritmicamente.

Mostrare ed effettuare la tecnica di rilassamento insieme alla persona.

Prevenire il bisogno dell'uso del rilassamento.

Incoraggiare il controllo della tecnica di rilassamento durante la sua effettuazione.

Usare il rilassamento come una strategia adiuvante degli antidolorifici, oppure in associazione con altre misure, se appropriato.

Valutare e documentare l'esito della terapia di rilassamento.

Posizionamento

Sistemare la persona su un appropriato materasso/ letto terapeutico.

Spiegare alla persona assistita che le verrà cambiata la posizione, se appropriato.

Esortare la persona a farsi coinvolgere nei cambi di posizione, se appropriato.

Mantenere un appropriato allineamento corporeo.

Evitare di mettere la persona in una posizione che ne aumenti il dolore.

Ridurre al minimo la frizione e la forza di taglio nel posizionare o girare la persona.

Posizionare la persona in modo da evitare di comprimere l'eventuale ferita, se appropriato.

Girare la persona come indicato dallo stato della cute.

Gestione dell'ambiente: benessere

Determinare gli obiettivi della persona assistita e della famiglia per la gestione dell'ambiente e il miglior benessere.

Valutare la sistemazione degli assistiti in stanze a più letti (quando possibile scegliere compagni di stanza con le stesse esigenze e/o preferenze ambientali).

Rispondere immediatamente al campanello di chiamata, che deve essere sempre a portata di mano della persona assistita.

Prevenire le interruzioni non necessarie e garantire periodi di riposo.

Creare un ambiente calmo e supportivo.

Fornire un ambiente sicuro e pulito.

Fornire opportunità per attività sociali e visite, dove possibile.

Determinare le cause di un eventuale disagio, come medicazione umida o costringente, posizionamento di sondini, presenza di lenzuola grinzose, agenti ambientali irritanti.

Regolare la temperatura della stanza in modo da garantire il massimo benessere della persona, se possibile.

Aggiungere o togliere coperte per ottenere una temperatura confortevole, se possibile.

Regolare le luci in modo da consentire alla persona di svolgere le attività necessarie, evitando la luce diretta negli occhi.

Sistemare la persona in una posizione che ne faciliti il benessere (per esempio, applicare i principi dell'allineamento corporeo, sostenere con cuscini, sostenere le articolazioni durante i movimenti, applicare splint nelle aree di incisione, immobilizzare la parte del corpo dolente).

Fornire alla persona assistita e alla sua famiglia adeguate e utili risorse educative per la gestione di malattie e lesioni, se appropriato.

Dolore acuto (Modello Cognitivo-percettivo)

NOC

Controllo del dolore	1	2	3	4	5
Descrive i fattori causali primari
Riconosce l'inizio del dolore
Descrive i fattori che contribuiscono al dolore
Ottiene informazioni sul controllo del dolore
Descrive il dolore
Stabilisce obiettivi di sollievo dal dolore con il professionista della salute
Adotta misure di prevenzione del dolore
Adotta tecniche di riduzione dello stress efficaci
Utilizza strategie di coping efficaci
Esegue tecniche di rilassamento efficaci
Adotta misure di sollievo non analgesiche
Riferisce che il dolore è sotto controllo
Riferisce cambiamenti relativi ai sintomi di dolore al professionista della salute
Soddisfazione dell'assistito: gestione del dolore	1	2	3	4	5
Dolore controllato
Monitoraggio regolare del livello del dolore
Azioni intraprese per alleviare il dolore
Azioni intraprese per fornire benessere
Considerazioni per le preferenze personali
Informazioni fornite sulle operazioni per la gestione del dolore
Informazioni fornite sul sollievo dal dolore
Informazioni fornite sulle opzioni per la gestione del dolore dopo la dimissione
I professionisti della salute lavorano in équipe per la gestione del dolore

Livello del dolore	1	2	3	4	5
Dolore riferito
Durata degli episodi di lavoro
Lamento e pianto
Espressioni facciali di dolore
Agitazione
Focalizzazione ridotta
Irrequietezza
Ripresa dall'ustione	1	2	3	4	5
Granulazione del tessuto
Perfusione tissutale alla sede dell'ustione
Percentuale dell'ustione guarita
Stabilità della temperatura
Bilancio idrico
Capacità di cura di sé
Attitudine positiva al tocco delle parti colpite
Adattamento psicologico ai cambiamenti dell'aspetto fisico
Necessità di trapianto al sito dell'ustione
Danni fisici: gravità	1	2	3	4	5
Abrasioni della pelle
Ustioni
Compromissione della mobilità
Emorragia
Ecchimosi
Gonfiori
Dolore: risposta psicologica negativa	1	2	3	4	5
Rallentamento dei processi di pensiero
Interferenze con la concentrazione
Indecisione
Livello di agitazione per il dolore
Preoccupazione sulla tolleranza al dolore

Pessimismo circa il futuro	.	.	.	.	.
Depressione	.	.	.	.	.
Ansia	.	.	.	.	.
Mancanza di speranza	.	.	.	.	.
Senso di irreparabilità	.	.	.	.	.
Paura del dolore insopportabile	.	.	.	.	.
Pessimismo	.	.	.	.	.
Amarezza verso gli altri	.	.	.	.	.
Rabbia per gli effetti debilitanti del dolore	.	.	.	.	.
Effetti destabilizzanti del dolore	1	2	3	4	5
Disagio	.	.	.	.	.
Interruzioni delle relazioni interpersonali	.	.	.	.	.
Compromissione della concentrazione	.	.	.	.	.
Perdita di senso di controllo	.	.	.	.	.
Compromissione dell'umore	.	.	.	.	.
Mancanza di pazienza	.	.	.	.	.
Sonno interrotto	.	.	.	.	.
Interferenza con le attività di vita quotidiana (ADL)	.	.	.	.	.
Compromissione del piacere di vivere	.	.	.	.	.
Compromissione dell'attività fisica	.	.	.	.	.
Mancanza di speranza	.	.	.	.	.
Conoscenze: gestione del dolore	1	2	3	4	5
Cause e fattori contribuenti	.	.	.	.	.
Segni e sintomi del dolore	.	.	.	.	.
Strategie per controllare il dolore	.	.	.	.	.
Uso corretto dei farmaci prescritti	.	.	.	.	.
Tecniche di posizionamento efficaci	.	.	.	.	.
Tecniche di rilassamento efficaci	.	.	.	.	.
Tecnica di distrazione efficace	.	.	.	.	.
Strategie per la prevenzione del dolore	.	.	.	.	.
Quando chiedere assistenza a un professionista della salute	.	.	.	.	.

Disponibilità di gruppi di sostegno	.	.	.	.	.
Fonti attendibili di informazioni sul controllo del dolore	.	.	.	.	.

Somministrazione di analgesici

Stabilire modelli di comunicazione efficaci tra assistito, familiari 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.

Determinare il livello attuale di benessere della persona assistita e quello desiderato, utilizzando una appropriata scala per la valutazione del dolore.

Documentare tutti i risultati del monitoraggio del dolore.

Controllare la prescrizione del medico relativamente al farmaco, al dosaggio e alla frequenza di somministrazione dell'analgesico prescritto.

Determinare le precedenti dosi e vie di somministrazione dell'analgesico 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'analgesico, della via di somministrazione e del dosaggio, se appropriato.

Determinare la selezione degli analgesici (narcotici, non narcotici o FANS), in base al tipo e alla gravità del dolore.

Determinare le preferenze relative all'analgesico, alla via di somministrazione e al dosaggio al fine di ottenere un'analgesia ottimale.

Monitorare i parametri vitali prima e dopo la somministrazione di analgesici narcotici quando si tratta della prima dose o qualora si rilevino segni insoliti.

Registrare il livello del dolore utilizzando un'appropriata scala del dolore prima e dopo la somministrazione degli analgesici.

Provvedere ai bisogni di benessere ed altre attività che contribuiscono al rilassamento, per facilitare la risposta all'analgesia.

Aiutare la persona assistita a selezionare attività non farmacologiche che in passato hanno funzionato nell'alleviare il dolore (per esempio distrazione, musica, terapia di rilassamento semplice).

Stabilire aspettative positive riguardo all'efficacia degli analgesici per ottimizzare la risposta della persona assistita.

Educare la persona assistita perché richieda un farmaco antalgico al bisogno prima che il dolore divenga molto intenso.

Valutare l'efficacia dell'analgesico a intervalli frequenti e regolari dopo ciascuna somministrazione, in particolare dopo le dosi iniziali.

Documentare la risposta all'analgesico 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.

Gestione del dolore: acuto

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.

Valutare l'intensità del dolore durante i movimenti e/o le attività richieste per la riabilitazione (per esempio tosse e respirazione profonda, deambulazione, trasferimenti alla sedia).

Analizzare le conoscenze e le convinzioni della persona relativamente al dolore.

Monitorare il dolore utilizzando uno strumento di valutazione valido e affidabile appropriato all'età e alla capacità di comunicare.

Osservare la persona per rilevare eventuali segni non verbali di dolore, in particolare nelle persone che non sono in grado di comunicare efficacemente.

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 livello.

Assicurarsi che la persona riceva un sollecito trattamento analgesico prima che il dolore si aggravi o prima delle procedure dolorose.

Monitorare il livello di sedazione e le condizioni respiratorie prima di somministrare oppioidi e a intervalli regolari quando questi vengono somministrati.

Se il livello del dolore è severo utilizzare una combinazione di analgesici (per esempio oppioidi più non oppioidi).

Per favorire il sollievo dal dolore scegliere e attuare interventi mirati ai benefici per la persona assistita, valutando rischi e benefici e tenendo conto delle sue preferenze (per esempio farmacologici, non farmacologici, interpersonali), se appropriato.

Somministrare gli analgesici attraverso la via meno invasiva a disposizione, evitando quella intramuscolare.

Modificare le misure di controllo del dolore in funzione della risposta della persona assistita al trattamento.

Prevenire o gestire gli effetti collaterali dei farmaci.

Dare informazioni precise ai familiari sull'esperienza dolorosa vissuta dalla persona assistita.

Stimolazione cutanea

Descrivere dei vari metodi di stimolazione cutanea, dei loro effetti sulla sensibilità e delle aspettative della persona nel corso dell'attività.

Scegliere una particolare strategia di stimolazione cutanea che si basi sulla volontà e la capacità di partecipare della persona, sulle sue preferenze, sul sostegno di altre persone significative e sulle eventuali controindicazioni.

Assicurarsi che il dispositivo di stimolazione elettrica sia funzionante, come indicato.

Applicare la stimolazione direttamente sulla zona colpita o interno a essa, se appropriato.

Consentire ai familiari la maggiore partecipazione possibile.

Sospendere la stimolazione cutanea in caso di aumento del dolore o di irritazione cutanea.

Valutare e documentare la risposta alla stimolazione.

Disponibilità a migliorare il benessere (Modello Cognitivo-percettivo)

NOC

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 con altri ad attività di svago
Comportamenti orientati alla ricerca della salute	1	2	3	4	5
Pone domande correlate alla salute
Completa le attività correlate alla salute
Ottiene l'assistenza dai professionisti della salute
Descrive strategie per evitare comportamenti non salutari
Adotta comportamenti salutari su iniziativa personale
Descrive strategie per ottimizzare la salute
Cerca assistenza quando necessario
Stato di benessere	1	2	3	4	5
Benessere fisico
Controllo dei sintomi
Benessere psicologico
Sostegno sociale della famiglia
Sostegno sociale degli amici
Relazioni sociali
Capacità di comunicare le proprie esigenze

Educazione all'assertività

Determinare gli ostacoli dell'assertività (per esempio stadio dello sviluppo, condizione medica o psichiatrica cronica, mancanza di conoscenze e livello di socializzazione della donna).

Aiutare la persona assistita a riconoscere e ridurre le distorsioni cognitive che bloccano la sua capacità di essere assertiva.

Aiutare la persona a individuare i suoi diritti e le sue responsabilità, nonché le norme che con essi confliggono.

Aiutare a chiarire le aree problematiche delle relazioni interpersonali.

Promuovere l'espressione dei pensieri e delle sensazioni sia positive sia negative.

Aiutare la persona a distinguere tra pensiero e realtà.

Educare la persona sui diversi modi di agire in maniera assertiva.

Facilitare la messa in pratica delle opportunità con la discussione, l'acquisizione di modelli positivi e il role playing.

Lodare gli sforzi fatti per esprimere sensazioni e idee.

Monitorare il livello di ansia e di imbarazzo legato al cambiamento comportamentale.

Aiutare a identificare la comunicazione non verbale (per esempio il sorriso, il contatto visivo, il tono e il volume della voce) per favorire o ostacolare l'assertività.

Aiutare a costruire abilità comunicative che consentano alla persona assistita di codificare e comprendere accuratamente le informazioni.

Potenziamento della consapevolezza di sé

Incoraggiare la persona assistita a riconoscere e parlare dei propri pensieri e sentimenti.

Aiutare la persona a rendersi conto che ciascuno è unico.

Aiutare la persona assistita a identificare i valori che contribuiscono al concetto di sé.

Aiutare la persona assistita a identificare i sentimenti che generalmente si provano nei propri confronti.

Facilitare l'identificazione da parte della persona assistita dei normali modelli di risposta alle varie situazioni.

Aiutare la persona assistita a identificare le priorità nella vita.

Aiutare la persona assistita a identificare l'impatto della malattia sul suo concetto di sé.

Esprimere a parole come la persona sta negando la realtà, se appropriato.

Affrontare i sentimenti ambivalenti (collera e depressione) della persona.
Fare osservazioni sull'attuale stato emozionale della persona.
Aiutare la persona assistita ad accettare la dipendenza da altre persone, se appropriato.
Aiutare la persona assistita ad acquisire la consapevolezza delle proprie autoaffermazioni negative.
Aiutare la persona assistita a identificare i sensi di colpa.
Aiutare la persona assistita a identificare le situazioni che suscitano ansia.
Esplorare insieme alla persona assistita la necessità di controllarsi.
Aiutare la persona assistita a identificare le proprie caratteristiche positive.
Aiutare la persona assistita a riesaminare le percezioni negative di sé.
Aiutare la persona assistita a identificare le fonti di motivazione.

Assistenza nella modifica di sé

Incoraggiare la persona a esaminare i valori e le convinzioni personali e quanto ne è soddisfatta.
Valutare le motivazioni della persona al cambiamento.
Aiutare la persona a identificare un obiettivo specifico di cambiamento.
Sostenere la persona nell'identificare le fasi del cambiamento: prima della decisione, la decisione, la preparazione, l'attuazione, il mantenimento e la conclusione.
Identificare insieme alla persona assistita la strategia più efficace per il cambiamento del comportamento.
Insegnare alla persona assistita che l'elenco delle ricompense può determinare i modi con cui l'infermiere, i familiari o gli amici possono aiutarlo a cambiare il proprio comportamento.
Incoraggiare la persona ad avere fiducia nell'auto-rinforzo prima ancora che nella ricompensa da parte dei familiari o dell'infermiere.
Assistere la persona nell'identificare anche i più piccoli successi.

Disturbo dell'immagine corporea (Modello di Percezione di sé e concetto di sé)

NOC

Immagine corporea	1	2	3	4	5
Immagine interiore di sé
Congruenza tra realtà corporea, ideale corporeo e presentazione corporea
Tendenza a toccare la parte del corpo colpita
Tendenza a usare strategie per migliorare l'aspetto
Soddisfazione per l'aspetto del corpo
Descrizione della parte del corpo colpita
Adattamento ai cambiamenti dell'aspetto fisico
Adattamento ai cambiamenti delle condizioni di salute
Adattamento ai cambiamenti corporei dovuti a interventi chirurgici
Adattamento ai cambiamenti corporei dovuti a traumi
Adattamento alla propria disabilità fisica	1	2	3	4	5
Esprime capacità di adattarsi alla disabilità
Modifica lo stile di vita per adeguarsi alla disabilità
Individua metodi per accrescere il senso di controllo
Individua metodi per affrontare il cambiamento di vita
Riferisce una diminuzione della negatività della sua immagine corporea
Registra un aumento del benessere psicologico
Identità personale	1	2	3	4	5
Sfida le immagini negative di sé stesso
Dichiara i sentimenti personali
Dichiara i pensieri personali
Esprime un chiaro senso di identità personale
Dichiara la propria unicità
Sfida le errate convinzioni relative a sé stesso

Dichiara il proprio valore	.	.	.	.	.
Distingue i conflitti interpersonali da quelli interiori	.	.	.	.	.
Dichiara fiducia in sé stesso	.	.	.	.	.
Consapevolezza di sé	1	2	3	4	5
Riconosce le proprie abilità fisiche	.	.	.	.	.
Si differenzia dal contesto	.	.	.	.	.
Si differenzia con gli altri	.	.	.	.	.
Riconosce le proprie abilità emotive	.	.	.	.	.
Riconosce i propri limiti fisici	.	.	.	.	.
Riconosce i propri limiti psichici	.	.	.	.	.
Riconosce i propri limiti emotivi	.	.	.	.	.
Riconosci i propri valori	.	.	.	.	.
È consapevole del proprio modo di rispondere alle situazioni	.	.	.	.	.
È consapevole dei propri sentimenti	.	.	.	.	.
Riflette sui pensieri per scoprire sé stesso	.	.	.	.	.
Esprime i sentimenti agli altri	.	.	.	.	.
Riconosce le proprie abilità psichiche	.	.	.	.	.
È consapevole dei propri pensieri	.	.	.	.	.
Manifesta i propri bisogni agli altri	.	.	.	.	.
Riflette sulle interazioni con gli altri	.	.	.	.	.
Ricorda il proprio passato	.	.	.	.	.
Immagina sé stesso nel futuro	.	.	.	.	.
Attenzione al lato colpito	1	2	3	4	5
Riconosce che il lato colpito è parte integrale del proprio essere	.	.	.	.	.
Modifica l'ambiente per compensare i deficit fisici o sensoriali	.	.	.	.	.
Previene il sottoutilizzo del lato colpito	.	.	.	.	.
Mantiene il controllo della postura	.	.	.	.	.

NIC

Valorizzazione dell'immagine corporea

Determinare le attese della persona circa la propria immagine corporea in relazione al suo stadio di sviluppo.

Praticare la guida preventiva per preparare la persona ai cambiamenti dell'immagine corporea che sono prevedibili.

Stabilire se la non accettazione di certe caratteristiche fisiche crea negli adolescenti e in altri gruppi ad alto rischio una paralisi disfunzionale dei rapporti sociali.

Aiutare la persona a discutere dei cambiamenti causati dalla malattia o dall'intervento chirurgico, se appropriato.

Aiutare la persona a stabilire l'estensione dei reali cambiamenti avvenuti nel suo corpo o nel suo livello di funzionamento.

Stabilire se un cambiamento fisico recente è stato incorporato nell'immagine corporea della persona assistita.

Aiutare la persona a tenere separato l'aspetto fisico dal senso del proprio valore, se appropriato.

Aiutare la persona a stabilire l'influenza che ha il gruppo degli amici e/o colleghi sulla sua percezione dell'attuale immagine corporea.

Aiutare la persona a discutere degli agenti stressanti che interessano l'immagine corporea a seguito di condizioni congenite, traumi, malattie o interventi chirurgici.

Monitorare la frequenza delle affermazioni autocritiche.

Monitorare se la persona riesce a guardare la parte del proprio corpo che ha subito un mutamento.

Stabilire la percezione che la persona e i suoi familiari hanno dei cambiamenti dell'immagine corporea in confronto alla realtà.

Aiutare la persona a identificare le parti del proprio corpo alle quali sono associate percezioni positive.

Aiutare la persona a identificare azioni che possono migliorare il suo aspetto.

Miglioramento dell'autostima

Monitorare le affermazioni della persona rispetto 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.

Incoraggiare il contatto visivo nella comunicazione con gli altri.

Potenziare i punti di forza identificati dalla persona.

Promuovere esperienze che aumentino l'autonomia della persona assistita, se appropriato.

Aiutare la persona a identificare le risposte positive degli altri.

Evitare le critiche negative.

Incoraggiare la persona ad affrontare il bullismo e l'atteggiamento del "prendere in giro".

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 ad accettare la dipendenza da altri, se appropriato.

Indagare sulle ragioni dell'autocritica e del senso di colpa.

Esortare la persona a valutare il proprio comportamento.

Premiare o lodare i progressi della persona nella direzione del raggiungimento degli obiettivi.

Facilitare un ambiente e delle attività che possono accrescere l'autostima.

Fare affermazioni positive sulla persona assistita.

Monitorare il livello di autostima nel tempo, se appropriato.

Gestione dell'eminegenza

Valutare lo stato mentale di base, la capacità di comprensione, la funzione motoria, la funzione sensoriale, la capacità di concentrazione e le risposte affettive.

Monitorare gli eventuali deficit relativi ai tre principali tipi di stimolazione: sensoriale, visiva e uditiva.

fornire feedback realistici circa il deficit percettivo della persona.

Erogare le prestazioni assistenziali in modo personalizzato e costante, fornendo spiegazioni accurate.

Durante la fase acuta adattare l'ambiente in base al tipo di deficit, concentrando l'attenzione sulla parte del corpo non compromessa.

Effettuare movimenti articolari e massaggiare la parte compromessa.

Incoraggiare la persona a toccare e usare la parte compromessa.

Consultare il terapeuta occupazionale e il fisioterapeuta sui tempi e le strategie per facilitare la riattivazione delle parti del corpo compromesse.

Aiutare la persona assistita nelle attività di vita quotidiana posizionandosi dalla parte compromessa, se la persona è in grado di compensare il deficit eminentivo.

Aiutare la persona assistita a lavare e ad aver cura della parte compromessa, se è in grado di compensare il deficit eminentivo.

Educare i caregiver sulla causa, i meccanismi e sul trattamento dell'eminellenza.

Coinvolgere i familiari nel programma di riabilitazione per sostenere gli sforzi della persona e assisterla nel modo opportuno, se appropriato.

Comunicazione della verità

Chiarire i propri valori rispetto a una situazione particolare.

Chiarire i valori della persona assistita, dei familiari, del gruppo assistenziale e della struttura rispetto a una situazione particolare.

Chiarire le proprie conoscenze e abilità comunicative rispetto a una situazione.

Identificare il desiderio e le preferenze della persona assistita rispetto al conoscere la verità nella specifica situazione.

Collaborare con gli altri professionisti della salute riguardo alla scelta delle alternative (per esempio verità totale, verità parziale o decisione ritardata) e alla loro necessaria adesione alle scelte.

Stabilire un rapporto di fiducia.

Presentare la verità con delicatezza, calore e chiarezza.

Dedicare tempo per affrontare le conseguenze della verità.

Preparare la persona assistita alla comunicazione della verità incoraggiandola a invitare la famiglia/le altre persone significative a essere presenti.

Rimanere con la persona a cui si è detta la verità ed essere pronti a chiarire, sostenere e anche ad ascoltare le sue lamentele.

Monitorare le risposte della persona assistita all'interazione, quali modifiche del dolore, agitazione, ansia, cambiamento di umore, coinvolgimento nell'assistenza, capacità di comprendere nuove informazioni, abilità nel manifestare verbalmente le proprie sensazioni, riferire soddisfazione per l'assistenza, se appropriato.

Documentare le risposte della persona assistita nelle varie fasi dell'intervento.

Autostima cronicamente scarsa & Autostima situazionale scarsa (Modello di Percezione di sé e concetto di sé)

NOC

Autostima	1	2	3	4	5
Espressione di auto-accettazione
Accettazione delle autolimitazioni
Descrizione di sé stesso
Attenzione nei confronti degli altri
Comunicazione aperta
Mantenimento della cura del proprio aspetto e dell'igiene
Equilibrio tra partecipazione e ascolto nei gruppi
Livello di fiducia
Accettazione di critiche costruttive
Volontà di confrontarsi con gli altri
Percezione del proprio valore
Abilità nelle interazioni sociali	1	2	3	4	5
Utilizza le informazioni come appropriato
Coopera con gli altri
Manifesta sensibilità verso gli altri
Manifesta genuinità
Appare rilassato
Manifesta fiducia
Usa metodi di risoluzione dei conflitti
Motivazione	1	2	3	4	5
Pianifica il futuro
Sviluppa piani d'azione
Si procura le risorse necessarie
Ottiene il sostegno necessario
Autoinduce comportamenti diretti verso un obiettivo
Cerca nuove esperienze

Mantiene un'autostima positiva	.	.	.	.	.
Mantiene la flessibilità	.	.	.	.	.
Porta a termine i progetti e le attività	.	.	.	.	.
Esprime volontà di agire	.	.	.	.	.
Si assume la responsabilità delle proprie azioni	.	.	.	.	.
Speranza	1	2	3	4	5
Dichiara attese di un futuro positivo	.	.	.	.	.
Dichiara volontà di vivere	.	.	.	.	.
Riferisce le ragioni per cui vivere	.	.	.	.	.
Dichiara ottimismo	.	.	.	.	.
Dichiara significato e scopo della vita	.	.	.	.	.
Esprime fiducia in sé	.	.	.	.	.
Dichiara senso di autocontrollo	.	.	.	.	.
Fissa obiettivi futuri	.	.	.	.	.
Livello di stress	1	2	3	4	5
Pupille dilatate	.	.	.	.	.
Cefalea tensiva	.	.	.	.	.
Dolori di stomaco	.	.	.	.	.
Disturbi del sonno	.	.	.	.	.
Interruzione dei processi di pensiero	.	.	.	.	.
Dimenticanze	.	.	.	.	.
Diminuzione dell'attenzione ai dettagli	.	.	.	.	.
Scoppi emotivi	.	.	.	.	.
Ansia	.	.	.	.	.
Diffidenza	.	.	.	.	.
Dissociazione	.	.	.	.	.
Diminuzione della produttività	.	.	.	.	.
Adattamento psicosociale ai cambiamenti della vita	1	2	3	4	5
Fissa obiettivi realistici	.	.	.	.	.
Mantiene l'autostima	.	.	.	.	.
Mantiene la produttività	.	.	.	.	.

Riferisce di sentirsi utile	.	.	.	.	.
Ricorre al sostegno sociale disponibile	.	.	.	.	.
Partecipa ad attività di svago	.	.	.	.	.
Esprime ottimismo	.	.	.	.	.
Identifica molteplici strategie di coping	.	.	.	.	.
Esprime soddisfazione per le condizioni di vita	.	.	.	.	.
Riferisce di sentirsi socialmente coinvolto	.	.	.	.	.
Condivide i sentimenti con altri	.	.	.	.	.
Monitora i cambiamenti dell'umore	.	.	.	.	.
Ha un'immagine positiva di sé	.	.	.	.	.
Mantiene pensieri positivi	.	.	.	.	.
Esprime soddisfazione per le condizioni di vita	.	.	.	.	.
Afferma di sentirsi a proprio agio nell'ambiente sociale	.	.	.	.	.
Conoscenze: gestione dello stress	1	2	3	4	5
Fattori che causano stress	.	.	.	.	.
Fattori che aumentano lo stress	.	.	.	.	.
Reazione fisica allo stress	.	.	.	.	.
Reazione emotiva allo stress	.	.	.	.	.
Comportamenti in reazione allo stress	.	.	.	.	.
Ruolo dello stress nella malattia	.	.	.	.	.
Benefici del controllo dello stress	.	.	.	.	.
Approcci per il problem solving	.	.	.	.	.
Tecniche efficaci di rilassamento	.	.	.	.	.
Tecniche efficaci di riduzione dello stress	.	.	.	.	.
Benefici di un sonno adeguato	.	.	.	.	.
Effetti sullo stile di vita	.	.	.	.	.
Benefici di cambiamenti nello stile di vita	.	.	.	.	.
Pensieri alternativi per sostituire i pensieri negativi e irrazionali	.	.	.	.	.
Disponibilità per aumentare il supporto sociale	.	.	.	.	.

Ristrutturazione cognitiva

Aiutare la persona ad accettare il fatto che le affermazioni su di sé mediano una stimolazione emozionale.

Aiutare la persona a capire che l'incapacità di arrivare a certi comportamenti desiderati deriva spesso da affermazioni irrazionali su di sé.

Aiutare la persona a cambiare certe affermazioni irrazionali su di sé in altre che invece sono razionali.

Aiutare la persona a dare un nome all'emozione dolorosa che sta provando (per esempio collera, ansia, disperazione).

Aiutare la persona a identificare i fattori percepiti (per esempio situazioni, eventi, interazioni con altri) che stanno contribuendo al suo stato di stress.

Aiutare la persona a identificare le proprie interpretazioni errate dei fattori di stress percepiti.

Aiutare la persona a sostituire interpretazioni errate con interpretazioni maggiormente fondate sulla realtà di situazioni, eventi e interazioni stressanti.

Fare affermazioni che contengono un modo alternativo di guardare alla situazione.

Aiutare la persona a identificare un eventuale sistema di convinzioni che incide sul suo stato di salute.

Facilitazione dell'elaborazione del senso di colpa

Guidare la persona/ i suoi familiari nell'identificazione dei sentimenti dolorosi propri del senso di colpa.

Aiutare la persona/ i suoi familiari a identificare ed esaminare le situazioni in cui tali sentimenti vengono provati o generati.

Aiutare la persona/ i familiari a identificare i propri comportamenti nella situazione che provoca un senso di colpa.

Aiutare la persona/i familiari a comprendere il senso di colpa è una reazione comune a traumi, abusi, lutto, malattie fatali o incidenti.

Facilitare la discussione dell'impatto che ha la situazione sui rapporti familiari.

Facilitare il counseling genetico, se appropriato.

Proporre un gruppo di sostegno e/o di auto-aiuto specifico per persone che hanno subito un trauma, un abuso, che sono sopravvissuti a eventi catastrofici o che svolgono la funzione di caregiver.

Guidare la persona attraverso le fasi del perdonarsi quando il senso di colpa è giustificato.

Aiutare la persona/la famiglia a identificare alternative per prevenire, risarcire, espiare e risolvere, quando appropriato.

Counseling

Stabilire una relazione terapeutica fondata sulla fiducia e sul rispetto.

Dimostrare empatica, calore e autenticità.

Fissare la durata della relazione di counseling.

Stabilire gli obiettivi.

Assicurare la riservatezza.

Incoraggiare l'espressione delle emozioni.

Aiutare la persona a identificare il problema o la situazione che provoca sofferenza.

Usare tecniche di riflessione e chiarificazione per aiutare la persona a esprimere le proprie preoccupazioni.

Aiutare la persona a elencare e a dare un livello di priorità a tutte le possibili alternative per la soluzione di un problema.

Determinare come il comportamento dei familiari influenza la persona.

Far presente la differenza che passa tra le sensazioni della persona assistita e i suoi comportamenti.

Usare strumenti di accertamento (per esempio carta e matita, audio e videocassette, esercizi di interazione con altre persone) per contribuire ad accrescere la consapevolezza di sé della persona e la conoscenza della situazione da parte del counselor, se appropriato.

Aiutare la persona a identificare i propri punti di forza e rinforzarli ulteriormente.

Incoraggiare lo sviluppo di altre capacità, se appropriato.

Rinforzare le nuove capacità.

Scoraggiare la presa di decisioni nei momenti in cui la persona è in condizione di grave stress, quando è possibile.

Ansia & Paura (Modello di Percezione di sé e concetto di sé)

NOC

Livello di ansia	1	2	3	4	5
Disagio
Irritabilità
Scoppi di rabbia
Difficoltà di concentrazione
Difficoltà nella risoluzione dei problemi
Preoccupazione eccessiva per gli eventi della vita
Nervosismo
Eccessiva preoccupazione
Atteggiamento di rinuncia e chiusura in sé
Sentirsi inutile
Senso di colpa
Indecisione
Problemi comportamentali
Difficoltà di rilassamento
Attacchi di panico
Dichiarazione di ansia
Atteggiamento di rinuncia e chiusura in sé
Disturbi del modello del sonno
Coping	1	2	3	4	5
Individua modelli di coping efficace
Individua i modelli di coping inefficace
Dichiara senso di controllo
Riferisce la diminuzione dello stress
Dichiara di accettare una situazione
Cerca informazioni attendibili sulle diagnosi
Modifica lo stile di vita per ridurre lo stress
Si adatta ai cambiamenti della vita

Usa sistemi di sostegno personali	.	.	.	.	.
Adotta comportamenti che riducono lo stress	.	.	.	.	.
Evita inutili situazioni stressanti	.	.	.	.	.
Dichiara il bisogno di assistenza	.	.	.	.	.
Riferisce una diminuzione dei sentimenti negativi	.	.	.	.	.
Riferisce un aumento del benessere psicologico	.	.	.	.	.
Autocontrollo dell'ansia	1	2	3	4	5
Controlla l'intensità dell'ansia	.	.	.	.	.
Riduce gli stimoli ambientali quando è ansioso	.	.	.	.	.
Usa efficaci strategie di coping	.	.	.	.	.
Usa tecniche di rilassamento per ridurre l'ansia	.	.	.	.	.
Mantiene le relazioni sociali	.	.	.	.	.
Controlla la risposta dell'ansia	.	.	.	.	.
Elimina i precursori dell'ansia	.	.	.	.	.
Ricerca informazioni per ridurre l'ansia	.	.	.	.	.
Pianifica strategie di coping per situazioni stressanti	.	.	.	.	.
Condivide le preoccupazioni con gli altri	.	.	.	.	.
Mantiene un sonno adeguato	.	.	.	.	.
Controlla le manifestazioni comportamentali dell'ansia	.	.	.	.	.
Livello di ansia sociale	1	2	3	4	5
Evita situazioni sociali	.	.	.	.	.
Evita le persone non familiari	.	.	.	.	.
Ansia anticipatrice di situazioni sociali	.	.	.	.	.
Auto percezione negativa di sentirsi accettato dagli altri	.	.	.	.	.
Paura del giudizio altrui	.	.	.	.	.
Disagio durante gli incontri sociali	.	.	.	.	.
Interferenze con le relazioni	.	.	.	.	.
Soddisfazione dell'assistito: assistenza psicologica	1	2	3	4	5
Informazioni relative al decorso della malattia	.	.	.	.	.
Informazioni relative al miglioramento atteso	.	.	.	.	.

Informazioni relative alle risposte emotive abituali a malattia e trattamento	.	.	.	.	.
Sostegno emotivo fortino quando l'assistito è triste, depresso, sconcentrato e ansioso	.	.	.	.	.
Counseling fornito per migliorare la stabilità emotionale	.	.	.	.	.
Sostegno nel trovare una soluzione personale ai problemi	.	.	.	.	.
Sostegno per l'espressione dei sentimenti	.	.	.	.	.
Sostegno per identificare modi di affrontare lo stress	.	.	.	.	.
Sostegno per adattarsi ai cambiamenti corporei e/o funzionali	.	.	.	.	.
Livello di paura	1	2	3	4	5
Angoscia	.	.	.	.	.
Tendenza ad incolpare gli altri	.	.	.	.	.
Mancanza di fiducia in sé stessi	.	.	.	.	.
Scoppi di rabbia	.	.	.	.	.
Difficoltà nel risolvere i problemi	.	.	.	.	.
Percezione di inadeguatezza nelle relazioni interpersonali	.	.	.	.	.
Coinvolgimento eccessivo negli eventi della vita	.	.	.	.	.
Incapacità di dormire	.	.	.	.	.
Preoccupazione per gli eventi della vita	.	.	.	.	.
Chiusura in sé stesso	.	.	.	.	.
Comportamento sfuggente	.	.	.	.	.
Dichiarazione di paura	.	.	.	.	.
Pianto	.	.	.	.	.
Autocontrollo della paura	1	2	3	4	5
Monitora l'intensità della paura	.	.	.	.	.
Elimina i precursori della paura	.	.	.	.	.
Riconosce le fonti di paura	.	.	.	.	.
Cerca informazioni su come ridurre la paura	.	.	.	.	.
Evita la fonte di paura, quando possibile	.	.	.	.	.
Pianifica strategie di coping per situazioni di paura	.	.	.	.	.
Usa tecniche di rilassamento per ridurre la paura	.	.	.	.	.

Monitora le manifestazioni fisiche di paura	.	.	.	.	.
Monitora le manifestazioni comportamentali di paura	.	.	.	.	.
Mantiene il controllo sulla vita	.	.	.	.	.
Mantiene le funzioni fisiche	.	.	.	.	.
Mantiene il senso della ragione nonostante la paura	.	.	.	.	.
Rimane produttivo	.	.	.	.	.
Mantiene il sostegno sociale	.	.	.	.	.
Livello di agitazione	1	2	3	4	5
Difficoltà nell'elaborare le informazioni	.	.	.	.	.
Irrequietezza	.	.	.	.	.
Frustrazione	.	.	.	.	.
Irritabilità	.	.	.	.	.
Rifiutare assistenza	.	.	.	.	.
Insonnia	.	.	.	.	.

NIC

Riduzione dell'ansia

- Adottare un approccio calmo e rassicurante.
- Dire chiaramente ciò che si attende dal comportamento della persona.
- Spiegare tutte le procedure, comprese le sensazioni che è probabile provare durante il loro svolgimento.
- Cercare di capire come la persona assistita vive una sensazione 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.
- Rinforzare il comportamento, se appropriato.
- 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.
- Assicurare attività diversive orientate alla riduzione della tensione.
- Aiutare la persona assistita a individuare le situazioni che aumentano l'ansia.
- Controllare gli stimoli, se appropriato, per soddisfare i bisogni della persona.
- Determinare le capacità decisionali della persona assistita.
- Insegnare alla persona l'uso delle tecniche di rilassamento.
- Osservare per rilevare segni/sintomi, verbali e non verbali, di ansia.

Tecnica calmante

- Mantenere il contatto visivo con l'assistito.
- Mantenere un modo di fare calmo e fermo.
- Sedersi e parlare con l'assistito.
- Incoraggiare un respiro lento, profondo, basato sulla consapevolezza dello scopo.
- Facilitare un'espressione costruttiva della collera da parte dell'assistito.
- Identificare le altre persone significative la cui presenza può essere di aiuto all'assistito.
- Rimanere accanto all'assistito.

Miglioramento del coping

- Aiutare la persona a identificare appropriati obiettivi a breve e lungo termine.
- Aiutare la persona a esaminare le risorse disponibili per raggiungere gli obiettivi.
- Incoraggiare le relazioni con persone che hanno interessi e obiettivi comuni.
- Aiutare la persona a risolvere i problemi in modo costruttivo.
- Valutare l'adattamento della persona ai cambiamenti dell'immagine corporea, se appropriato.
- Valutare l'impatto della situazione di vita della persona sui suoi ruoli e le sue relazioni.
- Usare un approccio calmo e rassicurante.
- Aiutare la persona a fare una valutazione oggettiva degli eventi.
- Consentire alla persona scelte realistiche rispetto a certi aspetti dell'assistenza.
- Valutare le capacità decisionali della persona assistita.
- Cercare di capire la percezione della persona rispetto alle situazioni di stress.
- Incoraggiarla ad acquisire una graduale padronanza della situazione.
- Incoraggiare le attività sociali e di comunità.
- Esplorare le ragioni di autocritica da parte della persona.
- Far fronte ai sentimenti ambivalenti della persona (arrabbiata o depressa).
- Aiutare la persona a identificare le risposte positive che vengono dagli altri.
- Incoraggiare l'identificazione di specifici valori della vita.
- Incoraggiare l'espressione verbale di sentimenti, percezioni e paure.
- Discutere delle conseguenze del non volersi confrontare con il senso di colpa o di vergogna.
- Incoraggiare la persona a identificare le proprie risorse e capacità.
- Aiutare la persona a identificare i sistemi di sostegno disponibili.
- Incoraggiare il coinvolgimento dei familiari, se appropriato.
- Fornire un appropriato addestramento nelle abilità sociali.
- Aiutare la persona a chiarire concetti sbagliati.
- Aiutare la persona a identificare strategie positive per affrontare i propri limiti e gestire i necessari cambiamenti di ruolo o di stile di vita.

Presenza

- Dimostrare un atteggiamento di accettazione.

Usare parole che esprimano empatia o comprensione dell'esperienza che la persona sta vivendo.

Stabilire un rapporto di fiducia e di attenzione positiva.

Prestare ascolto alle preoccupazioni della persona.

Usare il silenzio quando è opportuno.

Toccare la persona per esprimere la propria partecipazione, se appropriato.

Essere fisicamente disponibili a prestare aiuto.

Rimanere fisicamente presenti senza aspettarsi necessariamente risposte che esprimano reciprocità.

Rimanere vicino alla persona per darle sicurezza e ridurre la sua paura.

Rimanere vicino alla persona per rassicurarla nei periodi di maggiore ansia.

Miglioramento della sicurezza

Garantire un ambiente sicuro.

Dimostrare calma.

Dedicare del tempo alla persona assistita.

Trattarsi con la persona assistita per fornire sicurezza e protezione durante i periodi di ansia.

Evitare di causare situazioni emotivamente intense.

Ascoltare le preoccupazioni della persona assistita/ dei familiari.

Spiegare alla persona assistita/ ai suoi familiari qualsiasi esame e procedura che devono essere effettuati.

Rispondere sinceramente alle domande sullo stato di salute.

Interazioni sociali compromesse (Modello di Ruoli e relazioni)

NOC

Sostegno sociale	1	2	3	4	5
Volontà di chiamare altri per l'assistenza
Relazioni basate sulla fiducia
Contatti di sostegno sociale
Rete sociale stabile
Clima sociale della famiglia	1	2	3	4	5
Partecipa insieme alle attività
Adotta strategie di comunicazione positive
Riceve visite da amici e da componenti della famiglia estesa
Partecipa ad attività di svago
Sostegno reciproco tra i componenti della famiglia
Sostiene l'individualità e l'indipendenza fra i suoi componenti
Condividono tra loro i sentimenti
Condividono le aspettative
Condividono tra loro i problemi
Risolvono insieme i problemi
Promuove la coesione
Conseguenze psico-cognitive dell'immobilità	1	2	3	4	5
Percezioni distorte
Emozioni esagerate
Disturbi del sonno
Immagine corporea negativa
Depressione
Apatia
Attenzione
Capacità di agire
Comunicazione	1	2	3	4	5
Uso del linguaggio parlato

Uso dei dispositivi alternativi per comunicare	.	.	.	.	.
Uso dei dispositivi che accrescono la possibilità di comunicazione	.	.	.	.	.
Indirizza messaggi alla persona appropriata	.	.	.	.	.
Scambi messaggi con gli altri in modo accurato	.	.	.	.	.
Interpretazione accurata del messaggio ricevuto	.	.	.	.	.
Autocontrollo delle distorsioni del pensiero	1	2	3	4	5
Riconosce allucinazioni o illusioni ricorrenti in atto	.	.	.	.	.
Evita di cedere ad allucinazioni o illusioni	.	.	.	.	.
Condivide le risposte emotive ad allucinazioni o illusioni	.	.	.	.	.
Chiede una convalida della realtà	.	.	.	.	.
Mantiene gli interessi coerenti con l'umore	.	.	.	.	.
Interagisce con gli altri in modo appropriato	.	.	.	.	.
Comunica volentieri con gli altri	.	.	.	.	.
Dimostra modelli logici nel flusso dei pensieri	.	.	.	.	.
Esponde ragionamenti basati sulla realtà	.	.	.	.	.
Mostra contenuti di pensiero appropriati	.	.	.	.	.
Manifesta la capacità di cogliere le idee altrui	.	.	.	.	.

Sostegno nella modifica del comportamento: abilità 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.

Aiutare la persona a identificare i risultati desiderati delle relazioni o delle situazioni interpersonali problematiche.

Aiutare la persona a identificare possibili linee di condotta e le loro conseguenze sociali e interpersonali.

Identificare specifiche abilità sociali che costituiranno il focus dell'addestramento.

Aiutare la persona a identificare fasi e aspetti comportamentali della abilità sociali scelte come obiettivo.

Assicurare alla persona feedback (per esempio lode o premi) per come sta mettendo in atto le 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.

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 l'onestà nel presentarsi agli altri.

Incoraggiare il rispetto per i diritti delle altre persone.

Consentire la sperimentazione dei limiti interpersonali.

Fornire un riscontro sul 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.

Usare il role play per esercitarsi a migliorare la capacità e le tecniche di comunicazione.

Illustrare i modelli comportamentali che esprimono la collera in modo appropriato.

Confrontarsi con la persona assistita rispetto a un giudizio alterato, se appropriato.

Richiedere e attendersi una comunicazione verbale.

Dare alla persona assistita la possibilità di ricevere input e di pianificare le attività future.

Esaminare i punti di forza e di debolezza dei rapporti in essere.

Sostegno della famiglia

Porsi come persona che sa ascoltare i familiari.

Stabilire rapporti di fiducia con i familiari.

Identificare punti di forza e risorse all'interno della famiglia, nei suoi singoli componenti, nel loro sistema di sostegno e nella comunità.

Determinare la disponibilità e la capacità di apprendere dei familiari.

Fornire frequenti informazioni alla famiglia per aiutarla a identificare i limiti del malato, i suoi progressi e le implicazioni legate all'assistenza.

Collaborare con i familiari nella pianificazione ed esecuzione delle terapie e delle modifiche dello stile di vita della persona assistita.

Sostenere le attività dei familiari volte alla promozione della salute del malato o alla gestione della sua condizione, se appropriato.

Aiutare i familiari a identificare i servizi sanitari e le altre risorse della comunità a cui possono fare ricorso per migliorare la salute dell'assistito.

Determinare sistematicamente il raggiungimento dei risultati attesi da parte del malato.

Resilienza compromessa (Modello di Coping e tolleranza allo stress)

NOC

Resilienza personale	1	2	3	4	5
Esprime un punto di vista positivo
Adotta efficaci strategie di coping
Esprime le proprie emozioni
Chiarisce le comunicazioni ambigue
Dimostra un umore positivo
Dimostra un'autostima positiva
Esprime autoefficacia
Si assume la responsabilità delle proprie azioni
Dichiara un miglioramento del senso di controllo
Cerca sostegno emotivo
Valuta le alternative nella soluzione di problemi
Si adatta alle avversità considerandole sfide
Compie progressi verso gli obiettivi
Gravità della sofferenza	1	2	3	4	5
Autocoinvolgimento
Depressione
Tristezza
Incapacità
Senso di colpa
Mancanza di speranza
Vulnerabilità
Paura del ripetersi degli eventi
Paura del dolore insopportabile
Paura di circostanze sconosciute
Stile di vita equilibrato	1	2	3	4	5
Riconosce la necessità di equilibrare le attività di vita

Cerca informazioni aggiornate sulle strategie per mantenere in equilibrio le attività di vita	.	.	.	.	.
Considera i bisogni e i valori personali quando sceglie le attività di vita	.	.	.	.	.
Identifica i punti di forza personali	.	.	.	.	.
Identifica le principali fonti di stress	.	.	.	.	.
Adotta strategie per ridurre lo stress	.	.	.	.	.
Limita le attività che contribuiscono al senso di oppressione	.	.	.	.	.
Usa la gestione del tempo nelle routine quotidiane	.	.	.	.	.
Organizza tempo e energie per raggiungere i propri obiettivi	.	.	.	.	.
Si impegna in attività che soddisfano i bisogni psicologici	.	.	.	.	.
Si impegna in attività che promuovono la crescita personale	.	.	.	.	.
Stato di salute personale	1	2	3	4	5
Forma fisica	.	.	.	.	.
Livello di mobilità	.	.	.	.	.
Livello di energia	.	.	.	.	.
Livello di benessere	.	.	.	.	.
Prestazioni nelle attività di vita quotidiana (ADL)	.	.	.	.	.
Resistenza all'infezione	.	.	.	.	.
Guarigione tissutale	.	.	.	.	.
Modello sonno-veglia	.	.	.	.	.
Stato nutrizionale	.	.	.	.	.
Stato cognitivo	.	.	.	.	.
Salute mentale	.	.	.	.	.
Controllo dei sintomi	.	.	.	.	.
Controllo del dolore	.	.	.	.	.
Equilibrio dell'umore	.	.	.	.	.
Capacità di esprimere emozioni	.	.	.	.	.
Relazioni sociali	.	.	.	.	.

NIC

Promozione alla resilienza
<p>Facilitare la coesione familiare.</p> <p>Incoraggiare il sostegno della famiglia.</p> <p>Incoraggiare lo sviluppo e il rispetto delle abitudini e delle tradizioni familiari (per esempio compleanni, vacanze).</p> <p>Facilitare la comunicazione all'interno della famiglia.</p> <p>Aiutare la famiglia a creare un clima che contribuisca all'apprendimento.</p> <p>Esortare la famiglia/ la comunità a valorizzare la salute.</p> <p>Incoraggiare comportamenti positivi di ricerca della salute.</p> <p>Aiutare i giovani ad acquisire abilità assertive.</p> <p>Aiutare i giovani a sviluppare una consapevolezza sociale e globale.</p> <p>Facilitare lo sviluppo e l'uso delle risorse del territorio.</p> <p>Aiutare i giovani/ le famiglie/ le comunità a guardare al futuro con ottimismo.</p>
Gestione dell'umore
<p>Valutare l'umore della persona assistita (per esempio segni, sintomi, storia personale) sia nella valutazione iniziale, sia costantemente durante il trattamento.</p> <p>Individuare se la persona assistita costituisce un rischio per la propria sicurezza o per la sicurezza di altri.</p> <p>Monitorare la capacità della persona assistita nella cura di sé (per esempio cura della persona, igiene, alimentazione/idratazione, eliminazione).</p> <p>Assistere la persona nella cura di sé, se necessario.</p> <p>Monitorare e regolare il livello di attività fisica e di stimolazione ambientale in funzione dei bisogni della persona assistita.</p> <p>Assistere la persona ad assumere maggiore responsabilità nella cura di sé, se ne è in grado.</p> <p>Monitorare le funzioni cognitive (per esempio concentrazione, attenzione, memoria, ragionamento, decisione).</p> <p>Insegnare alla persona assistita a prendere decisioni, se necessario.</p> <p>Incoraggiare la persona assistita a impegnarsi in un processo decisionale sempre più complesso, se ne è in grado.</p>

Interagire a intervalli regolari con la persona assistita per comunicare premura e/o fornirle un'occasione di parlare delle proprie sensazioni.

Assistere la persona a monitorare consapevolmente il proprio umore (per esempio utilizzando una scala da 1 a 10).

Assistere la persona a identificare i pensieri e le sensazioni che dipendono dal disturbo dell'umore.

Assistere la persona assistita a identificare le cause scatenanti il disturbo dell'umore (per esempio squilibri chimici, fattori situazionali stressanti, dolore/perdita e problemi fisici).

Assistere la persona a identificare le cause scatenanti modificabili e non modificabili.

Assistere la persona nell'identificare le risorse disponibili e le capacità/ forze personali per modificare le cause scatenanti il disturbo dell'umore.

Insegnare nuove strategie di coping e di soluzione dei problemi.

Incoraggiare la persona assistita a interagire e a svolgere attività insieme ad altri, se tollerato.

Insegnare le strategie di socializzazione e di assertività.

Gestire e trattare le manifestazioni allucinatorie e depressive che possono accompagnare il disturbo dell'umore.

Guidare nello sviluppo e mantenimento delle strutture di sostegno (per esempio famiglia, amici, risorse spirituali, gruppi di sostegno e counseling).

Assistere la persona a prevedere e ad affrontare i cambiamenti della vita (per esempio nuovo lavoro, perdita di occupazione, nuove persone).

Sostegno nel controllo della collera

Stabilire un rapporto di fiducia con la persona.

Adottare un approccio calmo, rilassante.

Determinare le aspettative comportamentali appropriate per l'espressione della collera, considerato il livello di funzionalità cognitiva e fisica della persona.

Usare molta cautela nell'affrontare situazioni frustranti fintanto che la persona non sia capace di esprimere la propria collera in maniera adattativa.

Incoraggiare la persona assistita a chiedere aiuto al personale infermieristico e ad altri idonei professionisti nei periodi di crescente tensione.

Prevenire i danni fisici quando la collera è diretta contro sé stessi o contro altri (per esempio limitare o rimuovere ciò che potrebbe essere usato come un'arma).

Educare sui metodi per modulare le esperienze di intensa emozione (per esempio addestramento all'assertività, tecniche di rilassamento, scrivere un diario, distrazione).

Incoraggiare il ricorso alla collaborazione per la soluzione dei problemi.

Aiutare la persona a riconoscere la collera.

Identificare la funzione che la collera, la frustrazione e la rabbia hanno per la persona assistita.

Identificare le conseguenze di una espressione inappropriata della collera.

Aiutare la persona nella programmazione di strategie volte a prevenire una espressione inappropriata della collera.

Identificare insieme alla persona i benefici provenienti dall'esprimere la collera in modo adattivo e non violento.

Stabilire l'aspettativa che la persona riesca a controllare il proprio comportamento.

Aiutare la persona nella messa a punto di metodi appropriati per esprimere la propria collera verso gli altri (per esempio assertività, esternare i propri sentimenti).

Sostenere la persona nell'attuazione di strategie di controllo della collera e nella sua espressione appropriata.

Rinforzare le espressioni appropriate della collera.

Coping inefficace (Modello di Coping e tolleranza allo stress)

NOC

Autocontrollo degli impulsi	1	2	3	4	5
Identifica i comportamenti impulsivi nocivi
Identifica i sentimenti che portano ad azioni impulsive
Identifica le conseguenze delle azioni impulsive
Riconosce i rischi dell'ambiente
Evita situazioni ad alto rischio
Controlla gli impulsi
Usa il sostegno sociale disponibile
Mantiene l'autocontrollo senza supervisione
Sostegno sociale	1	2	3	4	5
Tempo messo a disposizione degli altri
Assistenza emozionale fornita da altri
Relazioni basate sulla fiducia
Persone che possono aiutare quando necessario
Volontà di chiedere aiuto agli altri
Aiuto offerto dagli altri
Capacità di prendere decisioni	1	2	3	4	5
Identifica le informazioni importanti
Identifica le alternative
Identifica le potenziali conseguenze di ogni alternativa
Identifica le risorse necessarie al sostegno di ciascuna alternativa
Riconosce il contesto sociale della situazione
Soppesa le alternative
Autocontrollo della rabbia	1	2	3	4	5
Identifica quando è arrabbiato
Identifica quando è frustrato
Identifica i primi segnali di rabbia
Affronta le situazioni non prevedibili con una mentalità aperta

Identifica i fondamenti dei sentimenti di rabbia	.	.	.	.	.
Si assume la responsabilità dei propri comportamenti	.	.	.	.	.
Esprime i bisogni in maniera costruttiva	.	.	.	.	.
Scarica i sentimenti negati in modo non minaccioso	.	.	.	.	.
Monitora le manifestazioni fisiche della rabbia	.	.	.	.	.
Evita di imporre agli altri i propri valori	.	.	.	.	.
Adotta strategie per controllare la frustrazione	.	.	.	.	.
Condivide con gli altri i sentimenti di rabbia	.	.	.	.	.

Sostegno al processo decisionale

Determinare se vi siano differenze tra la visione della condizione che ha la persona e quella che hanno i professionisti della salute.

Aiutare la persona a chiarire valori e attese che possono sostenerla nel compiere scelte di vita critiche.

Informare la persona delle opzioni o soluzioni alternative in modo chiaro e supportivo.

Stabilire la comunicazione con la persona fino dall'accettazione.

Facilitare la formulazione da parte della persona degli obiettivi dell'assistenza.

Ottenere il consenso informato, se appropriato.

Facilitare un processo decisionale collaborativo.

Rispettare il diritto della persona di ricevere o no ricevere informazioni.

Fornire le informazioni richieste dalla persona.

Aiutare la persona a spiegare la decisione agli altri, se necessario.

Fare da collegamento tra la persona assistita e familiari.

Indirizzare a gruppi di sostegno, se appropriato.

Allenamento al controllo degli impulsi

Scegliere una strategia di problem-solving che sia appropriata al livello di sviluppo e alla funzionalità cognitiva della persona.

Usare un piano di modifica del comportamento, se appropriato, per rinforzare la strategia di problem-solving che si è scelto di insegnare.

Aiutare la persona a identificare il problema o la situazione che richiede un'azione ben meditata.

Suggerire alla persona di usare la strategia della riflessione, "fermarsi un momento e pensare" prima di agire impulsivamente.

Educare la persona a valutare i propri pensieri e sentimenti prima di agire impulsivamente.

Aiutare la persona a scegliere la linea di azione che può portare i maggiori benefici.

Incoraggiare la persona a gratificare sé stessa per i successi raggiunti.

Aiutare la persona a valutare come avrebbe potuto evitare i risultati negativi con scelte di comportamento differenti.

Incoraggiare la persona ad applicare le strategie di controllo degli impulsi in situazioni sociali e interpersonali al di fuori del contesto terapeutico, valutando poi i risultati.

Sostegno emozionale

Discutere con la persona assistita delle esperienze emozionali.

Esplorare insieme alla persona assistita che cosa l'ha emozionata.

Dichiarare sostegno o empatia nei confronti della persona assistita.

Abbracciare o toccare sulla spalla la persona assistita per esprimergli sostegno.

Aiutare la persona assistita a riconoscere stati d'animo come l'ansia, la collera o la tristezza.

Discutere delle possibili conseguenze del non affrontare il rimorso e la vergogna.

Ascoltare/ incoraggiare le espressioni dei sentimenti e le idee.

Aiutare la persona assistita a identificare il suo abituale modello di risposta quando deve affrontare la paura.

Identificare le funzioni che hanno per la persona assistita la collera, la frustrazione e la rabbia.

Incoraggiare la persona assistita a parlare o a piangere come mezzo per diminuire la risposta emozionale.

Rimanere accanto alla persona assistita e garantirle rassicurazione e protezione nei periodi di ansia.

Aiutare la persona assistita a prendere decisioni.

Dare indicazioni per il counseling, se appropriato.

Sostegno nella modifica del comportamento

Determinare la motivazione della persona al cambiamento.

Aiutare la persona a identificare i suoi punti di forza e potenziali.

Assicurarsi che l'intervento sia attuato in modo coerente da tutto il personale.

Rinforzare le decisioni costruttive relative ai bisogni di salute.

Non dare l'impressione di rifiutare o di sminuire gli sforzi che la persona sta compiendo per cambiare il proprio comportamento.

Aiutare la persona a riconoscere i successi che ottiene, anche se piccoli.

Facilitare il coinvolgimento dei familiari nel processo di modifica, se appropriato.

Documentare e comunicare il processo di modifica al team di trattamento, se necessario.

Rischio di Sindrome Post-traumatica (Modello di Coping e tolleranza allo stress)

NOC

Risoluzione del senso di colpa	1	2	3	4	5
Esprime le cause del senso di colpa
Identifica i sentimenti del senso di colpa
Monitora l'intensità dei sentimenti
Monitora la frequenza dei sentimenti
Esprime il significato personale del senso di colpa
Identifica i sentimenti negativi esagerati
Identifica i pensieri irrazionali
Condivide i sentimenti di senso di colpa con le persone significative
Adotta strategie per ridurre il senso di colpa
Riferisce il miglioramento dell'umore
Riferisce un maggior coinvolgimento nelle attività sociali
Esprime aspettative positive verso il futuro
Riferisce una minor preoccupazione per il senso di colpa
Risolve i sentimenti di senso di colpa
Dichiara di accettare il senso di colpa
Si adatta ai cambiamenti della vita
Controllo dei rischi	1	2	3	4	5
Ricerca informazioni aggiornate sui rischi per la salute
Identifica i fattori di rischio
Riconosce i fattori di rischio personali
Riconosce la capacità di cambiare comportamento
Monitora i fattori di rischio personali
Adatta a proprio uso le strategie di controllo
Modifica lo stile di vita per ridurre i rischi
Evita l'esposizione alle minacce alla salute

Si sottopone alle vaccinazioni raccomandate	.	.	.	.	.
Ricorre alle risorse della comunità per controllare i rischi	.	.	.	.	.
Riconosce i cambiamenti nello stato di salute	.	.	.	.	.
Monitora i cambiamenti dello stato di salute generale	.	.	.	.	.
Convinzioni relative alla salute: percezione delle minacce	1	2	3	4	5
Percezione di una minaccia alla salute	.	.	.	.	.
Percezione di vulnerabilità ai problemi progressivi di salute	.	.	.	.	.
Preoccupazione per una malattia o una lesione	.	.	.	.	.
Preoccupazione riguardo alle potenziali complicanze	.	.	.	.	.
Percezione della gravità delle complicanze	.	.	.	.	.
Percezione della minaccia di mancanza di benessere dovuta alla malattia o alla lesione	.	.	.	.	.
Percezione che la condizione possa permanere per lungo tempo	.	.	.	.	.
Percezione dell'impatto sullo stile di vita attuale	.	.	.	.	.

NIC

Intervento in caso di crisi
<p>Garantire un clima di sostegno.</p> <p>Non dare false rassicurazioni.</p> <p>Fornire un rifugio sicuro.</p> <p>Determinare se la persona presenta rischi per la sicurezza propria e degli altri.</p> <p>Esortare la persona a esprimere le sue emozioni in modo non distruttivo.</p> <p>Aiutarla a identificare i fattori scatenanti e le dinamiche della crisi.</p> <p>Aiutarla a identificare le risorse e le capacità personali che possono essere usate per la risoluzione della crisi.</p> <p>Aiutarla a identificare la capacità di coping utilizzate nel presente o nel passato e la loro efficacia.</p> <p>Aiutarla nello sviluppo di nuove capacità di coping e di soluzione dei problemi, se necessario.</p> <p>Garantire una guida su come sviluppare e mantenere sistemi di sostegno.</p> <p>Aiutare a identificare linee di condotta alternative per risolvere le crisi.</p> <p>Aiutare a valutare le possibili conseguenze delle varie linee di condotta.</p> <p>Aiutare la persona assistita a decidere per una particolare linea di condotta.</p> <p>Valutare con la persona assistita se la crisi è stata risolta dalla linea di condotta scelta.</p> <p>Pianificare insieme alla persona il modo di utilizzare le capacità di coping per affrontare a crisi future.</p>
Ascolto attivo
<p>Stabilire lo scopo dell'interazione.</p> <p>Mostrare interesse per la persona assistita.</p> <p>Servirsi di domande e affermazioni per incoraggiare la persona assistita a esprimere pensieri, sensazioni e preoccupazioni.</p> <p>Concentrarsi interamente sull'interazione eliminando pregiudizi, prevenzioni, supposizioni, interesse per questioni personali che preoccupano e altre distrazioni.</p> <p>Mostrare consapevolezza e sensibilità nei confronti delle emozioni.</p> <p>Adottare un comportamento non verbale che faciliti la comunicazione (per esempio essere consapevoli dei messaggi non verbali che la posizione fisica sta inviando).</p>

Prestare ascolto ai messaggi e alle sensazioni inesprese, così come al contenuto della conversazione.

Essere consapevoli delle parole che si evita di usare, così come del messaggio non verbale che si accompagna alle parole che si dicono.

Essere consapevoli di tono, ritmo, volume, altezza e inflessione della voce.

Determinare il significato del messaggio riflettendo su atteggiamenti, esperienze passate e situazione presente.

Chiarire il messaggio mediante domande e feedback.

Fare uso di una serie di interazioni per scoprire il significato del comportamento.

Usare il silenzio/l'ascolto per incoraggiare l'espressione di sensazioni, pensieri e preoccupazioni.

Regolazione dell'umore compromessa (Modello di Coping e tolleranza allo stress)

NOC:

Autocontrollo della depressione	1	2	3	4	5
Monitora la capacità di concentrazione
Monitora l'intensità della depressione
Identifica i fattori precursori della depressione
Riferisce un sonno adeguato
Riferisce il miglioramento dell'umore
Stabilisce obiettivi realistici
Rimanda le decisioni importanti al momento in cui starà meglio
Partecipa ad attività piacevoli
Riferisce i cambiamenti di segni e sintomi al professionista di salute
Mantiene l'igiene personale
Equilibrio dell'umore	1	2	3	4	5
Dimostra un corretto interesse
Dimostra un umore costante
Dimostra controllo degli impulsi
Riferisce un sonno adeguato
Dimostra concentrazione
Mantiene la cura del proprio aspetto e l'igiene personale
Svolge le attività quotidiane
Flusso disordinato di idee
Livello di depressione	1	2	3	4	5
Umore depresso
Perdita di interesse nelle attività
Eventi negativi nella vita
Assenza di piacere nelle attività

Inappropriato senso di colpa	.	.	.	.	.
Senso di inutilità	.	.	.	.	.
Insonnia	.	.	.	.	.
Tristezza	.	.	.	.	.
Collera	.	.	.	.	.
Mancanza di speranza	.	.	.	.	.
Diminuzione dell'autostima	.	.	.	.	.
Mancanza di spontaneità	.	.	.	.	.
Scarsa igiene personale	.	.	.	.	.

NIC

Humor
<p>Determinare quali sono i tipi di umorismo apprezzati dalla persona.</p> <p>Individuare la risposta tipica dalla persona all'umorismo (per esempio ride apertamente o sorride appena).</p> <p>Determinare il periodo del giorno in cui la persona è più ricettiva.</p> <p>Evitare contenuti che coinvolgono argomenti a cui la persona è più sensibile.</p> <p>Discutere con la persona i vantaggi del ridere.</p> <p>Stimolare l'umorismo con l'immaginazione (per esempio disegnare la figura di un prepotente vestito solo con la biancheria).</p> <p>Incoraggiare la frivolezza e lo scherzo.</p> <p>Monitorare la risposta della persona assistita e interrompere la strategia dell'umorismo se si dimostra inefficace.</p> <p>Rispondere in modo positivo ai tentativi di umorismo della persona.</p>
Ispirare speranza
<p>Assistere la persona assistita/ la famiglia a identificare le aree di speranza nella vita.</p> <p>Dimostrare speranza riconoscendo il valore intrinseco della persona e mostrando di considerare la malattia solo come un aspetto della sua persona.</p> <p>Ampliare il repertorio di meccanismi di coping di cui dispone la persona assistita.</p> <p>Aiutare la persona assistita a definire ed eventualmente a rivedere gli obiettivi relativi all'oggetto della speranza.</p> <p>Evitare il mascherare la verità.</p> <p>Coinvolgere attivamente la persona assistita nella cura di sé.</p> <p>Sviluppare un piano di assistenza che implichi un certo grado di conseguimento dei risultati di salute, passando da obiettivi semplici ad altri più complessi.</p> <p>Incoraggiare relazioni terapeutiche con altre persone significative.</p> <p>Insegnare ai familiari gli aspetti positivi della speranza (per esempio sviluppare conversazioni significative, che esprimono amore e bisogno di contatto con la persona assistita).</p> <p>Dare alla persona assistita/ ai suoi familiari possibilità di coinvolgimento in gruppi di sostegno.</p>

BIBLIOGRAFIA

- American Burn Association. (2011b). Incidenza e trattamento delle ustioni negli Stati Uniti: scheda informativa del 2011.
- Antonino, C. (2023) *Ustioni, quanto è grave il paziente? La valutazione con la Regola del Nove di Wallace*, *Emergency Live*. Available at: <https://www.emergency-live.com/it/salute-e-sicurezza/ustioni-quanto-e-grave-il-paziente-la-valutazione-con-la-regola-del-nove-di-wallace/>.
- Brusselaers, N., Monstrey, S., Vogelaers, D., et al. (2010). Gravi ustioni in Europa: una revisione sistematica di incidenza, eziologia, morbilità e mortalità. *Burn injury*. (s.d.). PubMed Central (PMC). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7224101/>
- 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.
- European burns Association (2017). *European Practice Guidelines for Burn Care*.
- European Practice Guidelines for Burn Care* (2017) *European Burns Association*. Available at: <https://www.euroburn.org/wp-content/uploads/EBA-Guidelines-Version-4-2017.pdf> (Accessed: 2024).
- Gordon M. (2011) *Manual of Nursing Diagnosis* 12^o ed. Jones and Bartlett Publisher, LLC, USA
- Gordon, M. (2009). *Diagnosi infermieristiche. Processo e applicazioni*. Milano: Ambrosiana.
- Grazzini, A. (2020) *Kintsugi: l'arte di riparare le ferite, state of mind*. Available at: <https://www.stateofmind.it/2020/05/kintsugi-resilienza-psicologia/>.

Herdman T.H., Kamitsuru S. & Lopes C.T.(2021) *Diagnosi infermieristiche: Definizioni e classificazione 2021-23*. Edizione Italiana a cura di Rigon L. Milano, Casa Editrice Ambrosiana.

Keck, M., Herndon, D., H., Kamolz, L. P., et al. (2009). *Fisiopatologia delle ustioni*.

LINEE GUIDA EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL 2021 (2021) IRCOUNCIL.

Available at: https://www.ircouncil.it/wp-content/uploads/2023/05/LG_-ERC_2021_Capitolo_8_PrimoSoccorso.pdf (Accessed: 2024).

Navarro, T. (2022) *Kintsukuroi: L'arte giapponese di curare le ferite dell'anima*. Firenze: Giunti.

Peck, N. D. (2011a). *Epidemiologia delle ustioni in tutto il mondo. Parte I: distribuzione e fattori di rischio*.

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

Santini, C. and Parolini, M. (2022) *Kintsugi l'arte segreta di riparare la vita*. Milano: BUR.

T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. (2021). *Diagnosi infermieristiche- definizioni e classificazioni 2021-2023*. Nanda International. Editore Zanichelli, Bologna.

Venturi, M. et al. (2020) *Ustioni Ambulatoriali - Protocolli di Gestione, ADOI*. Available at: <https://www.adoi.it/wp-content/uploads/2020/05/USTIONI-AMBULATORIALI-protocolli-di-gestione.pdf> (Accessed: 29 March 2024).

Wabi-Sabi: apprezzare la semplicità delle cose. Available at: <https://www.wabistudio.it/blogs/notizie/wabi-sabi-apprezzare-la-semplicita-delle-cose>.

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

RINGRAZIAMENTI