



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in:
INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea:

**LA PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA
INFERMIERISTICA: DALLA NASCITA ALLA
REALTA' CLINICA.**

Candidato:
Nardelli Damiano

Relatore:
Dott. Mercuri Maurizio

Anno Accademico 2018-2019

“L’assistenza è un’arte; e se deve essere realizzata come arte, richiede una devozione totale e una preparazione, come qualunque opera di pittore o scultore, con la differenza che non si ha a che fare con una tela o un gelido marmo, ma con il corpo umano, il tempio dello Spirito di Dio. È una delle belle arti, anzi la più bella delle arti.”

(Florence Nightingale).

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
CAPITOLO 1 - L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA.....	3
1.1 COME NASCE L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA.	3
1.2 LA STRUTTURA DEL PROCESSO ASSISTENZIALE.....	6
1.2.1 FASE I - ACCERTAMENTO.....	6
1.2.2 FASE II – DIAGNOSI INFERMIERISTICHE	8
1.2.3 FASE III – PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA	9
1.2.4 FASE IV - ATTUAZIONE DELLE CURE INFERMIERISTICHE	10
1.2.5 FASE V – VALUTAZIONE DEI RISULTATI ATTESI.....	11
CAPITOLO 2 - LA CARTELLA INFERMIERISTICA.....	12
2.1 CHE COS'È LA CARTELLA INFERMIERISTICA.	12
2.1.1 COME SI STRUTTURA.....	13
2.2 ASPETTI GIURIDICI CARTELLA INFERMIERISTICA E RESPONSABILITÀ INFERMIERISTICA. ..	16
CAPITOLO 3 - DIAGNOSI INFERMIERISTICHE E SISTEMA OBIETTIVO E INTERVENTO CORRELATO	20
3.1 COSA SONO LE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE.....	20
3.2 SISTEMA INTERNAZIONALE NANDA-I NIC E NOC.	20
3.2.1 NANDA-I	21
3.2.2 N.O.C.	22
3.2.3 N.I.C.....	23
3.3 I PIANI ASSISTENZIALI.....	25
CAPITOLO 4 – L'ESPERIENZA INRCA	26
4.1 L'ISTITUTO NAZIONALE DI RIPOSO E CURA PER ANZIANI	26
4.2 L'ESPERIENZA INRCA: LA CARTELLA INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA	28
MATERIALI E METODI	30
RISULTATI.....	31
DIAGNOSI INFERMIERISTICHE NEL PERIODO PRE-OPERATORIO	31
1) ANSIA	31
2) PAURA.....	35
3) CONOSCENZA INSUFFICIENTE	38
DIAGNOSI INFERMIERISTICHE NEL POST-OPERATORIO	39
1) MODELLO DI RESPIRAZIONE INEFFICACE.....	39

2) RISCHIO DI INFEZIONE (DEL SITO CHIRURGICO)	43
3) RISCHIO DI GUARIGIONE CHIRURGICA RITARDATA	48
4) DOLORE ACUTO	52
5) RISCHIO DI NUTRIZIONE SQUILIBRATA INFERIORE AL FABBISOGNO METABOLICO	57
6) RISCHIO DI STIPSI	60
7) INTOLLERANZA ALL'ATTIVITA'	64
8) GESTIONE DELLA SALUTE INEFFICACE	69
9) RISCHIO DI TROMBOEMBOLISMO VENOSO	72
10) CONOSCENZA INSUFFICIENTE	74
11) RISCHIO DI VOLUME DI LIQUIDI INSUFFICIENTE	77
12) LIBERAZIONE DELLE VIE AEREE INEFFICACE	79
CONCLUSIONI	81
BIBLIOGRAFIA	
ALLEGATI	
ALLEGATO N°1	
ALLEGATO N°2	
RINGRAZIAMENTI	

INTRODUZIONE

Questo studio (suddiviso in tre capitoli) nasce dall'esigenza di comprendere e valorizzare uno strumento complesso quanto efficace per la gestione del paziente anziano: il piano assistenziale.

L'importanza del delineare piani assistenziali specifici è data dal fatto che permette l'erogazione di un'assistenza precisa, completa continua e soprattutto attenta a tutti i bisogni di cui l'assistito necessita.

Il primo capitolo vuole essere un quadro generale che precisa il significato della parola "assistenza infermieristica attraverso un'analisi del percorso storico che ha portato all'evoluzione della professione fin dagli albori della prima assistenza "per necessità di sopravvivenza" all'attuale visione di una professione che offre sostegno e cure in un intricato dedalo di metodo scientifico, pensiero critico e responsabilità professionale. Il tutto calato in quello che è lo spirito dell'infermiere: sacrificio, umanità ed empatia.

L'analisi continua, con una panoramica sulla cartella clinica infermieristica, indispensabile per comprendere il sistema nel quale collocarla. In particolar modo si andrà ad analizzare il sistema di pianificazione assistenziale, fulcro dello studio.

Nel secondo capitolo è presentato un piano assistenziale standard per il paziente anziano chirurgico come esempio delle immense potenzialità cliniche del piano assistenziale. Piano assistenziale che avrebbe dovuto essere costruito intorno alla realtà clinica del reparto di Chirurgia dell'INRCA a dimostrazione della sua efficacia nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, ma a causa dell'attuale emergenza sanitaria SARS-CoV-2 verrà proposto il lavoro come doveva essere presentato all'Istituto.

La fase sperimentale dello studio nasce con la collaborazione dell'Istituto Nazionale Riposo e Cura Anziani (I.N.R.C.A.) ed entra all'interno del progetto di attivazione del sistema informatizzato con il quale è stata introdotta la cartella infermieristica informatizzata.

Analizzando la letteratura internazionale, si è deciso di riassumere i bisogni assistenziali andando a strutturare un piano assistenziale standard per la gestione del paziente anziano chirurgico avvalendosi degli 11 modelli funzionali di salute di Marjory Gordon e pianificando l'assistenza utilizzando il linguaggio infermieristico standardizzato NNN:

- la tassonomia NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association-International);
- la tassonomia NOC (Nursing Outcomes Classification) per definire i risultati di salute attesi;

- la tassonomia NIC (Nursing Interventions Classification) per identificare gli interventi e le attività più appropriate per ogni assistito

Lo studio doveva essere quindi suddiviso in due fasi:

- La prima fase prevedeva una revisione empirica della letteratura al fine di determinare il miglior piano assistenziale standard applicabile al paziente anziano nel periodo peri operatorio;
- La seconda fase era centrata sull'andare a creare un piano assistenziale costruito ad hoc per l'INRCA in base a protocolli interni, partendo del modello di assistenza GNNN (Gordon – NANDA/I – NOC – NIC).

CAPITOLO 1 - L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

1.1 COME NASCE L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA.

L'assistenza infermieristica indica l'attività relativa all'assistenza terapeutica, palliativa, riabilitativa, educativa e preventiva rivolta all'individuo, alla comunità o alla popolazione, sia che essa sia svolta su soggetti sani o malati, al fine di recuperare uno stato di salute ottimale e migliorabile sempre più il proprio stato di salute o del prevenire l'insorgenza di alterazioni morfo-funzionali dell'individuo o della comunità". L'infermiere svolge quindi un ruolo importantissimo in questo contesto; la sua operatività presuppone conoscenze e competenze interdisciplinari, che si intersecano con il mondo della medicina, della psicologia e delle relazioni umane.

Le attività infermieristiche svolte si basano su una parte collaborativa e su una parte esecutiva. La prima si concretizza a supporto dell'attività diagnostica e terapeutica svolta dal medico. La parte autonoma è invece legata al processo terapeutico previsto con il DM 739/94.

L'assistenza infermieristica consiste, in parole semplici, nel prendersi carico delle conseguenze della malattia; il ruolo di un profilo specializzato consiste nello svolgere un complesso di attività nelle quali rientrano sia competenze tecniche che relazionali.

Ma come nasce e soprattutto cosa significa "assistenza infermieristica"? Per spiegarlo si deve partire dall'etimologia della parola stessa: assistenza deriva dal latino *ad-sistere*, che prende il significato farsi carico. Ed è proprio questo il punto centrale e prioritario della professione, stare vicino, stare accanto, prendersi cura.

La definizione e il concetto di assistenza sono in costante mutazione, legata al periodo storico e culturale. Nasce nell'antichità come *necessità* di sopravvivenza delle tribù nomadi, con le prime civiltà stanziali a questo concetto si collega quello di *scelta* di assistere. L'assistenza è un fenomeno culturale (Manzoni, 2016), è un insieme di credenze, riti, arti, simboli e tradizioni che rispecchiano indissolubilmente la cultura nella quale è immersa.

L'antichità assegna alle sole donne l'attività assistenziale e conferisce una concezione di assistenza molto "quotidiana" (lo stare vicino nei due grandi momenti della vita: il nascere e il morire, la guarigione della malattia, il povero). (Manzoni, Lusignagni, & Mazzoleni, 2019)

Con l'avvento del Cristianesimo il concetto di assistenza viene ampiamente influenzato dalla cultura cristiana al quale rimarrà legata per secoli. Il significato di *stare vicino* cambia da una pratica culturalmente inferiore al "tutti sono chiamati ad assistere, non è più delega di altri" (Manzoni, 2016)

Alle prime forme di vita consacrata dedite all'assistenza del povero e dell'ammalato si aggiungono in epoca romana le donne romane nobili: come Fabiola che fondò il primo ospedale nel 390. *“è stata la prima a mettere su un ospedale per ospitarvi tutti i malati che trovava per le strade [...] quante volte, lei in persona s'è portata a spalle malati affetti da lebbra [...] li imboccava lei e faceva sorvegliare a quei cadaveri viventi una tazza di brodo [...]”* (San Girolamo, 399)

Nel medioevo gli *hospitali* nascono sulle vie di pellegrinaggio come rifugi dove essere rifocillati, benedetti e curati. Nascono per i poveri, seguendo lo stile del monachesimo di accoglienza.

Dovremo aspettare il XVI secolo per avere il cambiamento “curativo” con la comparsa di medici stabili, separazione delle persone. Nasce la figura del malato, il malato povero.

L'assistenza generica inizia ad esser considerata non più sufficiente solo intorno al XVII secolo. Ciò condurrà però alla distruzione nei grandi ospedali di quel concetto di assistenza vecchio di secoli, verranno infatti allontanati tutto il personale femminile religioso dedito all'assistenza. In questo contesto entrano i “riformatori dell'assistenza” che iniziarono a sostenere che lo *stare vicino* di tipo generico non è sufficiente ma deve diventare uno *stare vicino* di tipo specifico.

Possiamo parlare già di assistenza infermieristica rudimentale anche se dovremo aspettare la metà dell'Ottocento con le riforme nightingaliana e risorgimentale per poter datare la nascita dell'assistenza infermieristica.

La sua nascita con Florence Nightingale (1820-1910) in Inghilterra e Cristina Trivulzio di Belgioioso (1808-1871) in Italia. La prima va a delineare quella che sarà la figura dell'attuale infermiere, promuovendo un primissimo pensiero di osservazione dei malati e necessità di raccolta dei dati, basato su coscienza, impegno e passione. La seconda entra in scena durante la Repubblica Romana di metà Ottocento con un chiaro obiettivo di organizzazione dell'assistenza infermieristica per i feriti, divenne promotrice di un progetto per l'istruzione delle donne assistenti e delle loro direttrici; nel suo disegno sono presenti anche elementi per quel tempo innovatori come il tirocinio e il riconoscimento sociale ed economico. Due donne differenti, provenienti da un diverso mondo ma che avevano un progetto di assistenza simile: assistenza che non doveva essere solo basata sulle mansioni ma anche sullo sviluppo di un *pensiero critico*.

Da qui, l'evoluzione della professione infermieristica in Italia sarà da attribuire alle congregazioni religiose che proporranno una concezione di organizzazione e gestione del personale attivando un progetto di formazione e pratica professionale. Compare il nuovo e vero soggetto/oggetto dell'ospedale: la *malattia*. (Celeri Bellotti & Destrebecq, 2013)

Regio Decreto-legge 15 agosto 1925, n.1832, convertito in legge il 18 marzo 1926, n.562, "Facoltà della istituzione delle scuole convitto professionali per infermiere e di scuole specializzate di medicina, pubblica igiene e assistenza sociale, per assistenti sanitarie visitatrici". Il regolamento di esecuzione verrà emanato con Regio Decreto 21 novembre 1929, n. 2330. R.D.L. n. 1832 DEL 15/08/1925 con l'entrata in vigore del rdl si mise finalmente ordine a questa forma ibrida di formazione e si segnò definitivamente la separazione delle 2 figure separando le 2 carriere (volontariato ed esercizio professione). Le prime scuole convitto sono istituite con corsi biennali e obbligo di convitto ad eccezione delle religiose.

Il R.D. n.1310 del 2/95/1940 vengono determinate le mansioni dell'infermiera professionale e dell'infermiere generico. E solo 14 anni dopo nascerà il Collegio IP.AS.VI. (dalle tre figure in cui era differenziato la professione infermieristica: Infermiere Professionale, Assistenze Sanitario e Vigilatrici d'Infanzia).

Una delle riforme che verranno apportate che andrà a cambiare la concezione di assistenza infermieristica è la Legge n.124 del 25/02/1971 che porta all'apertura agli uomini. Un passo importante che va a modificare la concezione di assistenza affidata alle sole donne da secoli.

Le riforme che seguiranno andranno pian piano a definire quello che è l'attuale percorso di formazione universitaria, partendo dalla Legge n.75 del 15/11/1973 che va a ratificare l'accordo di Strasburgo del 1967 andando a stabilire i requisiti minimi di formazione (formazione triennale teorico-pratica). Da qui si arriverà al D.Lgs. 30 dicembre 1992 n.502 che attiverà la formazione universitaria e la conseguente introduzione dell'obbligo di maturità quinquennale per l'accesso al diploma universitario (Legge 19/11/1990 n.341). Il percorso porterà alla creazione di un doppio canale formativo (regionale e universitario) fino al 1998 con la formazione infermieristica di stampo solo universitario.

L'istituzione delle lauree avverrà solo nel 1999 con il D.M. 3 novembre 1999 n.509, suddividendo il corso di studi in 2 corsi di Laurea: Diploma di Laurea di tre anni e diploma di laurea specialistica di due anni. Il DM 22 ottobre 2004 n.270 apporterà "modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei [...]" l'università rilascerà i seguenti titoli: Laurea (L) e Laurea Magistrale (LM), Diploma di specializzazione (DS) e Dottorato di ricerca (DR).

Gli attuali ordinamenti didattici dei corsi di laurea sono stati recepiti:

- per le lauree triennali dal D.M. 19 febbraio 2009 «Determinazione delle classi dei corsi di laurea per le professioni sanitarie, ai sensi del decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n.270»

- Per le lauree magistrali dal D.M. 8 gennaio 2009 «Determinazione delle classi delle lauree magistrali delle professioni sanitarie, ai sensi del decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270».

1.2 LA STRUTTURA DEL PROCESSO ASSISTENZIALE.

Il processo assistenziale è un approccio sistematico alla pratica infermieristica che consente di identificare, prevenire e trattare i problemi di salute reali o potenziali di una persona, di gruppi di pazienti, famiglie o comunità.

Le finalità del processo sono:

- promuovere un'assistenza personalizzata, continua e coordinata;
- aumentare la partecipazione della persona al progetto di cura favorendone l'autonomia;
- raggiungere gli standard professionali;
- promuovere la collaborazione tra i componenti dello staff assistenziale;
- migliorare i rapporti costi-benefici;
- aumentare la gratificazione professionale.

(Wilkinson, 2009)

Il processo infermieristico si divide in 5 fasi:

- accertamento (raccolta, validazione e organizzazione dei dati);
- diagnosi infermieristiche (identificazione del problema e delle sue cause)
- pianificazione degli interventi;
- attuazione degli interventi;
- valutazione dei risultati.

In tutte le sue fasi l'approccio introdotto dall'infermiere è di tipo attivo e organizzato per mezzo del pensiero critico, permettendo così di esaminare il quadro complessivo ed esplorare varie possibilità di identificazione del problema, prendere le corrette decisioni sulle condizioni di salute dell'assistito, scegliere gli interventi più appropriati e nel valutare criticamente i risultati dell'assistenza sulla base delle conoscenze.

1.2.1 FASE I - ACCERTAMENTO

“L'accertamento infermieristico consiste nella raccolta sistematica di una serie di dati sul paziente per comprendere come risponde e reagisce, o potrà rispondere e reagire, ai problemi di salute e per valutare le possibili soluzioni per soddisfare i suoi bisogni”. (Carpenito, 2017)

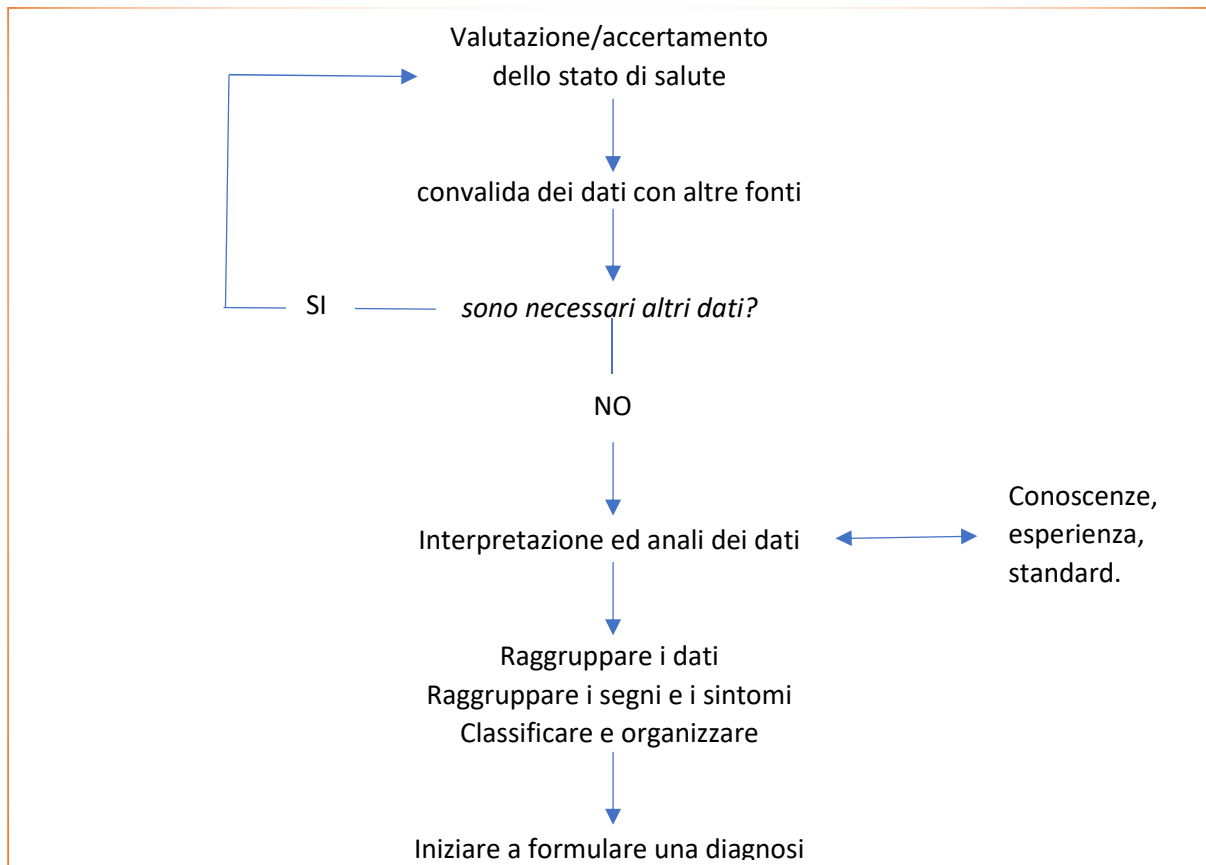
L'accertamento deve essere mirato alla visualizzazione di tutti gli aspetti fisici, sociali ed emotivi, in base all'obiettivo, al tempo disponibile, alle condizioni del paziente. Pertanto, possiamo distinguere più tipologia di accertamento:

- accertamento iniziale o globale: consente di avere un quadro generale delle condizioni di salute della persona al momento della presa in carico, questo tipo di accertamento si avvale di riferimenti concettuali come i modelli funzionali di Gordon, modello testa piedi, modello dei sistemi corporei e altri;
- mirato: che concentra sugli aspetti specifici per definire e valutare l'insorgenza e/o l'evoluzione di un problema, per questo si definisce anche continuo o di monitoraggio;
- accertamento d'urgenza o emergenza eseguito durante l'insorgenza di una crisi fisica o psichica di un paziente per evidenziare i problemi che possono minacciare la vita per evidenziare problemi che possono minacciare la via;
- accertamento di follow-up o di rivalutazione che sia attuata per rivalutare un particolare aspetto o problema del paziente dopo un dato periodo di tempo e consiste nel confrontare le condizioni attuali con quelle basali.

Una volta scelto il tipo di accertamento si effettua una raccolta di dati che devono essere descrittivi, precisi, concisi, completi e precisi. Hanno varia natura, ma possono essere dati soggettivi (le percezioni del paziente) o oggettivi (osservazioni e rivelazioni oggettive che devono basarsi su standard di misurazione). Vengono poi raccolti i dati anagrafici del paziente, motivo di accesso alle cure sanitarie dello stesso, anamnesi (normale funzionamento dell'organismo e modifiche patologiche, dati su malattie pregresse e storia farmacologica), stile di vita e ambiente di vita, esame delle funzionalità dei sistemi corporei, storia sociale e familiare, ruolo e relazioni, informazioni emotive (tra cui tolleranza allo stress e meccanismi di difesa dell'assistito), benessere psico-emotivo e aspettative del paziente nei confronti della malattia degli operatori sanitari.

Per permettere un accertamento e una raccolta di dati esaustiva, completa e precisa sono stati studiate e introdotte delle schede di accertamento basate su modelli funzionali che seguono diverse teorie diverse e soddisfano la ricerca di tutti i bisogni assistenziali dell'assistito. Alcuni di questi modelli sono Henderson, Peplau, Orem, Adams, Gordon etc.

Questi dati raccolti dovranno essere organizzati, uno schema di interpretazione e organizzazione può essere il seguente:

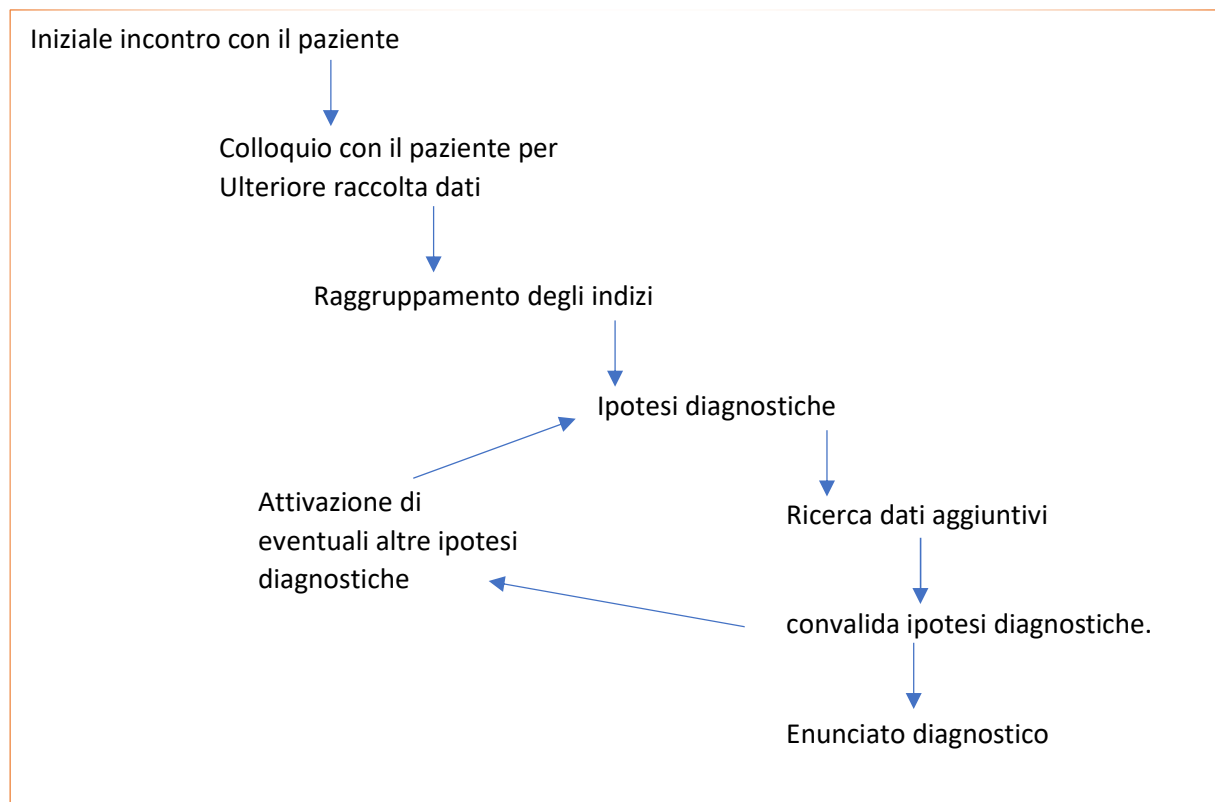


1.2.2 FASE II – DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

“Dia” e “Gnosis” ovvero conoscenza attraverso i segni. Le Diagnosi Infermieristiche descrivono la risposta umana (segni), reale o potenziale, ad un problema di salute per il quale l’infermiere ha la competenza di trattamento in autonomia.

Con diagnosi infermieristica si intende un giudizio clinico riguardante le risposte di una persona, famiglia o comunità a problemi di salute/processi vitali, problemi che possono essere reali o potenziali; rappresenta la base sulla quale l’infermiere sceglie gli interventi da attuare al fine di raggiungere determinati obiettivi e costituisce la sfera di completa autonomia e responsabilità della professione infermieristica. (NANDA-I, 2018)

Nel processo di ragionamento diagnostico interagiscono gli elementi essenziali della conoscenza, esperienza e capacità riflessive. Il processo di ragionamento diagnostico può essere schematizzato come segue:



1.2.3 FASE III – PIANIFICAZIONE DELL’ASSISTENZA INFERMIERISTICA

La pianificazione dell’assistenza è un metodo logico che consente di ipotizzare gli interventi assistenziali in risposta ai bisogni del paziente, in maniera scientifica e sistematica. È in altre parole un metodo per comunicare a tutta l’équipe i reali bisogni dell’assistito. (Saiani & Brugnolli, 2014)

La pianificazione dell’assistenza infermieristica 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 (spesso i pazienti hanno più di un problema) e si propongono una serie di interventi. L’infermiere valuta l’urgenza dei problemi e le risorse del paziente e del sistema sanitario. Durante la pianificazione, oltre a collaborare con il paziente e con la sua famiglia, l’infermiere consulta altri membri dello staff sanitario e consulta la letteratura pertinente. (Gulanick & Myles, 2016)

“Per stabilire le priorità si devono classificare le diagnosi o i problemi in ordine di importanza, per poter organizzare le attività di cura, soprattutto quando il paziente ha più di un problema” (Carpenito, 2017).

Si possono fondamentalmente distinguere tre situazioni: alta priorità (problemi che se non trattati mettono a rischio la vita del paziente), media priorità (comprendono necessità non emergenti e

che non minacciano la vita del paziente), bassa priorità (centrati sui bisogni connessi allo sviluppo o problemi/rischi che richiedono interventi infermieristici di natura supportiva o di monitoraggio).

PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI

La pianificazione degli interventi infermieristici è basata sul giudizio clinico e sulle conoscenze (Bulechek, Butcher, Dotherman, & Wagner, 2014)

Un intervento infermieristico è un “qualsiasi trattamento basato sul giudizio clinico e sulle conoscenze cliniche che un infermiere mette in atto per raggiungere i risultati definiti per e con l’assistito”. Ad ogni intervento corrisponde un gruppo di attività usate per personalizzare l’assistenza: “le attività sono azioni o comportamenti specifici messi in atto dagli infermieri per implementare un intervento e contribuire a far progredire i clienti verso un risultato desiderato”.

Gli interventi si possono classificare in base al grado di responsabilità dell’infermiere e in base alla finalità e natura dell’intervento.

1.2.4 FASE IV - ATTUAZIONE DELLE CURE INFERMIERISTICHE

Si definisce come la fase in cui viene svolta o delegata l’attività necessaria per il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Si possono distinguere quattro fasi:

- rivalutare: durante l’attuazione delle cure, l’infermiere rivaluta costantemente l’evoluzione dello stato dell’assistito e, se necessario, riadatta il piano assistenziale;
- fare: è la fase di preparazione sia dell’infermiere (il professionista si chiede se ha le capacità e per effettuare l’attività e stabilisce se ha bisogno di aiuto per la procedura), sia per il paziente (richiede la personalizzazione dell’intervento e la preparazione dell’assistito informando e motivando), non per ultima la preparazione dei materiali;
- attribuire: con delega o attribuzione si possono attribuire attività al personale di supporto o collega;
- registrare: il compimento dell’attività è subito seguito dalla registrazione dello stesso.

Strumento per l’attuazione dell’assistenza sono i protocolli, documenti scritti che specificano i comportamenti da seguire durante l’assistenza dei pazienti affetti da una determinata condizione clinica. Le finalità sono: migliorare l’assistenza sanitaria, uniformare gli interventi assistenziali, ridurre gli errori, documentare le responsabilità delle diverse figure coinvolte.

1.2.5 FASE V – VALUTAZIONE DEI RISULTATI ATTESI

La valutazione, definita come dinamica, viene effettuata più volte durante il processo di cura in rapporto al problema e alle condizioni dell'assistito. Consente di determinare in che misura i risultati siano ottenuti, se parzialmente o completamente, in base a questo si andrà poi a continuare o rivedere il piano di cura.

Strumenti a supporto di questa fase sono gli strumenti di pianificazione (prescrivono e indirizzano le azioni dell'infermiere) e di documentazione (documentano gli esiti degli interventi).

CAPITOLO 2 - LA CARTELLA INFERMIERISTICA.

2.1 CHE COS'È LA CARTELLA INFERMIERISTICA.

La cartella infermieristica è uno strumento efficace di valutazione del paziente, facilita le decisioni in merito ai suoi bisogni sanitari immediati e ai suoi bisogni di continuità assistenziale in caso di cure d'urgenza/emergenza valutate al momento dell'accettazione.

Viene compilata per annotare anamnesi, definire obiettivi assistenziali e trascrivere gli interventi effettuati e la valutazione dei risultati. Il nucleo centrale della cartella infermieristica è il piano assistenziale personalizzato.

Ai sensi della legge italiana è un documento redatto su supporto cartaceo e/o informatico atto a contenere la registrazione dei dati e l'insieme dei documenti di pertinenza infermieristica su un determinato paziente/utente.

Viene formalmente riconosciuta dall'art.69 del D.P.R. 384/90 e giuridicamente considerata un atto pubblico in quanto compilata da un incaricato di pubblico servizio. La cartella infermieristica diventa così parte integrante della cartella clinica.

L'utilizzo a partire dagli anni '90 della cartella infermieristica ha sostituito le "consegne infermieristiche" compilate con terminologia non scientifica e senza un approccio sistematico. Le prime cartelle infermieristiche inoltre andavano ad evidenziare tutti quegli aspetti come la raccolta dati, interviste anamnestiche, moduli precompilati e scale di valutazione andando a tralasciare il piano assistenziale, obiettivo principale della loro istituzione.

Ad oggi la cartella infermieristica è uno strumento avanzato che va a porre la giusta attenzione alle molteplici necessità e bisogni dell'assistito con l'obiettivo di documentare il ricovero del paziente in ospedale, identificare e consentire la rintracciabilità di tutte le attività svolte durante il ricovero, fornire informazioni a chi svolge attività clinica, alla ricerca scientifica, alla didattica e per valutare anche in maniera retrospettiva le prestazioni erogate.

È lo strumento mediante il quale l'infermiere documenta il processo di assistenza infermieristica

2.1.1 COME SI STRUTTURA

È la prima fase del processo di nursing che mira a raccogliere i dati necessari relativi al paziente. Gli elementi individuati caratterizzanti la cartella infermieristica sono:

- a) La raccolta dati e identificazione problema/diagnosi infermieristica;
- b) Il piano infermieristico;
- c) Il diario infermieristico;
- d) La scheda della terapia;
- e) La scheda dei parametri vitali;
- f) La scheda degli esami diagnostici;
- g) La scheda di collegamento;
- h) Le schede accessorie (diete, bilancio idrico, protocolli di trattamenti)

- **Anamnesi infermieristica**

Gli essenziali che devono essere presenti in questa scheda sono:

- a) Dati anagrafici;
- b) Diagnosi o motivo di ricovero;
- c) Patologie croniche;
- d) Anamnesi farmacologica;
- e) Tipologia di ricovero;
- f) Data di ingresso e dimissione;
- g) Valutazione del paziente all'ingresso ed alla dimissione attraverso una scala di valutazione accreditata in letteratura;
- h) Posso essere aggiunti dati complementari in base alle esigenze delle UU.OO.

- **Modelli funzionali**

Un modello funzionale è che cosa noi operatori e l'assistito possiamo aspettarci in termini di benessere in considerazione dei numerosi fattori ambientali che circondano l'utente (età, condizioni familiari, condizioni psico-sociali, patologie preesistenti). Esistono diverse metodologie di applicazione dei modelli funzionali come quelli della Cantarelli (11 bisogni di assistenza), Henderson (modello testa-piedi), Carpenito (modello bifocale dell'attività clinica), Peplau, Orem, Adams, Gordon etc.

- **Scale di valutazione**

Sono strumenti utili all'individuazione oggettiva, precisa, sistematica ed omogenea dei bisogni dell'assistito ai quali è necessario far fronte. Le valutazioni sono continue per andare ad osservare l'andamento dello stato generale dell'assistito.

L'importanza della loro compilazione risiede anche nel fatto che essendo oggettive possono facilmente essere impiegate per la trasmissione di informazioni bene interpretabili, nel caso per esempio di trasferimenti e permettono di conoscere l'esistenza e la dimensione di un fenomeno.

Esistono centinaia di diverse scale di valutazione costruite per oggettivizzare tutti i bisogni di un paziente, tra quelle più utilizzate sono quelle di rischio. Compilate quindi per stimare il rischio che il paziente presenta nei confronti di quel preciso fenomeno, andando a creare un processo di prevenzione nei suoi confronti e un miglior impegno delle risorse.

- **Il piano infermieristico**

Il piano infermieristico può essere definito come un metodo logico che consente di ipotizzare gli interventi assistenziali in risposta ai bisogni dell'assistito, l'obiettivo è quello di pianificare l'uso migliore delle risorse disponibili al fine di aiutare la persona a raggiungere i risultati attesi.

Il piano può essere di due tipi: standard o individualizzato. Il primo descrive bisogni o problemi correlati ad una diagnosi fornendo un elenco di interventi e risultati attesi per ogni intervento, il secondo viene elaborato per ogni paziente dopo avere raccolto dati e bisogni individuali.

La pianificazione dell'assistenza è fondamentale per diverse ragioni:

- è un documento scritto con valore legale;
- permette di programmare e comunicare un'assistenza adeguata;
- senza una pianificazione verificabile in qualunque momento non può esistere una buona valutazione;
- è fondamentale per determinare le risorse necessarie per l'attuazione degli interventi previsti;
- tutta l'equipe segue lo stesso obiettivo;
- è indispensabile per stabilire le priorità delle risorse che si possiedono.

- **Il diario infermieristico**

Una scheda facente parte della cartella infermieristica, all'interno della quale vengono presentati, durante l'arco della giornata, i dati soggettivi ed oggettivi rispetto a variazioni dello stato del paziente, che possono essere trattati direttamente dall'infermiere o interventi derivanti da prescrizioni mediche.

Deve contenere almeno le seguenti parti:

- a) cognome e nome del paziente;
- b) numero del foglio;
- c) data;
- d) indicazione sul turno di servizio;
- e) diario (osservazione e rilievi);
- f) sigla o firma del/la infermiere/a

La compilazione del diario deve essere comprensiva di: variazioni fisiche dall'inizio del turno, variazioni psico-sociali, annotazioni e osservazioni riguardo un intervento e il risultato di un determinato fenomeno, osservazione di problemi assistenziali.

- **Scheda di terapia**

Parte della cartella nella quale verranno annotate le prescrizioni mediche relative ai farmaci da somministrare. L'obiettivo è quello di tener traccia di tutta la gestione della somministrazione, dalla prescrizione medica alla distribuzione e somministrazione con verifica successiva.

La costituzione è libera ma deve sempre contenere le voci seguenti:

- a) Nome del paziente: variabile a seconda se la scheda sia integrante e fisicamente attaccata alla restante cartella o obbligatoria se in forma di appendice;
- b) Specialità farmaceutica e loro forma
- c) Dosaggio e via di somministrazione
- d) Orari e tipologia di somministrazione;
- e) Prescrizione e firma del medico;
- f) Somministrazione firma del medico;
- g) Data di inizio e sospensione della somministrazione;
- h) Allergie;
- i) Farmaci al bisogno.

- **Scheda di monitoraggio dei parametri vitali.**

Una scheda nella quale vengono inseriti i parametri del paziente decisi in collaborazione medica. Le modalità variano a seconda della periodicità di valutazione e a quali parametri valutare.

La rivelazione e scrittura dei parametri vitali deve essere seguita dall'aggiunta di data e ora di rilievo, frequenza, sigla di chi effettua, scala del bilancio idrico. Deve essere chiaramente espresse le scale che vengono utilizzate.

- **Scheda di collegamento.**

Una scheda che ha lo scopo di trasmettere i dati e le notizie rilevanti inerenti al periodo di presa in carico dell'assistito, deve essere predisposta quando esiste la necessità di una prosecuzione del trattamento infermieristico o di assistenza domiciliare.

2.2 ASPETTI GIURIDICI CARTELLA INFERMIERISTICA E RESPONSABILITÀ INFERMIERISTICA.

La cartella clinica è definita a livello giuridico come "atto pubblico di fede privilegiata" (cassazione 9872/75).

"Art. 2699 c.c. "Atto pubblico": documento redatto da pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede. Art. 2700 c.c. "Efficacia dell'atto pubblico": atto pubblico fa piena prova fino a querela di falso."

In genere le attestazioni riferite alla diagnosi o comunque alle manifestazioni di scienza o di opinione non hanno alcun valore probatorio privilegiato rispetto ad altri elementi di prova. In genere la descrizione delle terapie, gli atti operatori, la SDO, i consensi sono assimilabili all'atto pubblico (atto di prova).

Definire la cartella clinica come atto pubblico di fede privilegiata comporta una serie di conseguenze sul piano giuridico di non lieve portata:

- 1) Falso ideologico e falso materiale nella previsione degli artt. 479 e 476 cp:
 - a) Falso ideologico (art 479 c.p.) è l'attestazione di cose false o omissione di annotazioni obbligatorie, il documento non è veritiero;
 - b) Falso materiale (art 476 c.p.) falsificazione del contenuto ovvero documento non genuino.

Richiami:

- *L'annotazione postuma di un fatto clinico rilevante violerebbe l'obbligo di contestualità della compilazione (cassazione 227/1990)*
- *I fatti devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi (cassazione 9423/1983)*
- *La cartella clinica [...]all'infuori della correzione di meri errori materiali. Le modifiche e le aggiunte integrano un falso punibile, anche se il soggetto abbia agito per ristabilire la verità, perché violano le garanzie di certezza accordate agli atti pubblici. (Cassazione Pen. Sez. 23-3-1987)*

2) Omissione o rifiuto di atti d'ufficio ex art 328 c.p.

Ai fini della valutazione delle eventuale responsabilità professionale dei Medici e degli infermieri acquisisce importanza l'omissione di:

- a) Rilievo di sintomi o di dati obiettivi importanti;
- b) Esami clinici specialistici e/o strumentali;
- c) Doverose informazioni al paziente di atti che esulino dalla comune routine;
- d) Compilazione del diario clinico assistenziale.

Richiami:

- *La difettosa tenuta della cartella clinica o la mancanza di adeguati riscontri diagnostici (anche autoptici), non vale ad escludere la sussistenza di nesso eziologico tra la colposa condotta dei medici in relazione alla patologia accertata e la morte, ove risulti provata l'idoneità di tale condotta a provocarla. (cassazione 12103/2000)*
- *La valutazione dell'esattezza della prestazione medica concerne anche la regolare tenuta della cartella (cassazione 1041/2000).*

3) Rivelazione di segreto d'ufficio ex art 326 c.p.

La correttezza e la completezza con cui le cartelle sono redatte depongono per la perizia e la diligenza dei sanitari curanti.

- a) Colpa grave art. 2236: in caso di errore inescusabile da parte del medico o di altre figure professionali sanitarie (Imperizia)
- b) Colpa lieve art.1218 – art. 1223: Dove il criterio di giudizio sia determinato dall'inosservanza della massima diligenza e prudenza.

Requisiti di Contenuto

- Tracciabilità (possibilità di risalire a tutte le attività, agli esecutori, ai materiali e ai documenti che costituiscono le componenti del ricovero, dall'ammissione alla dimissione della persona assistita. Particolare attenzione all'obbligo di identificare: momento dell'evento, autori e firma con nome e cognome leggibile);
- Chiarezza (il testo deve essere chiaramente leggibile e comprensibile da coloro che utilizzano la cartella clinica quali medici e altri professionisti sanitari);
- Accuratezza (ogni struttura di ricovero deve definire con apposito regolamento procedure atte a garantire l'accuratezza dei dati prodotti e delle loro eventuali trascrizioni);
- Veridicità (tutti i dati e gli eventi vanno annotati in cartella clinica contestualmente al loro verificarsi o nell'immediata successione degli stessi. Non sono consentite cancellazioni o correzioni coprenti);
- Pertinenza (le informazioni riportate devono essere correlate con le esigenze informative definite sia dalle funzioni attribuite alla cartella clinica, sia dalle condizioni cliniche della persona assistita);
- Completezza (ogni cartella clinica identifica in modo univoco un ricovero; viene aperta al momento dell'accettazione della persona assistita e chiusa, alla data di dimissione della stessa. In cartella clinica va allegato, quale parte integrante, un elenco di tutti i moduli e allegati presenti).

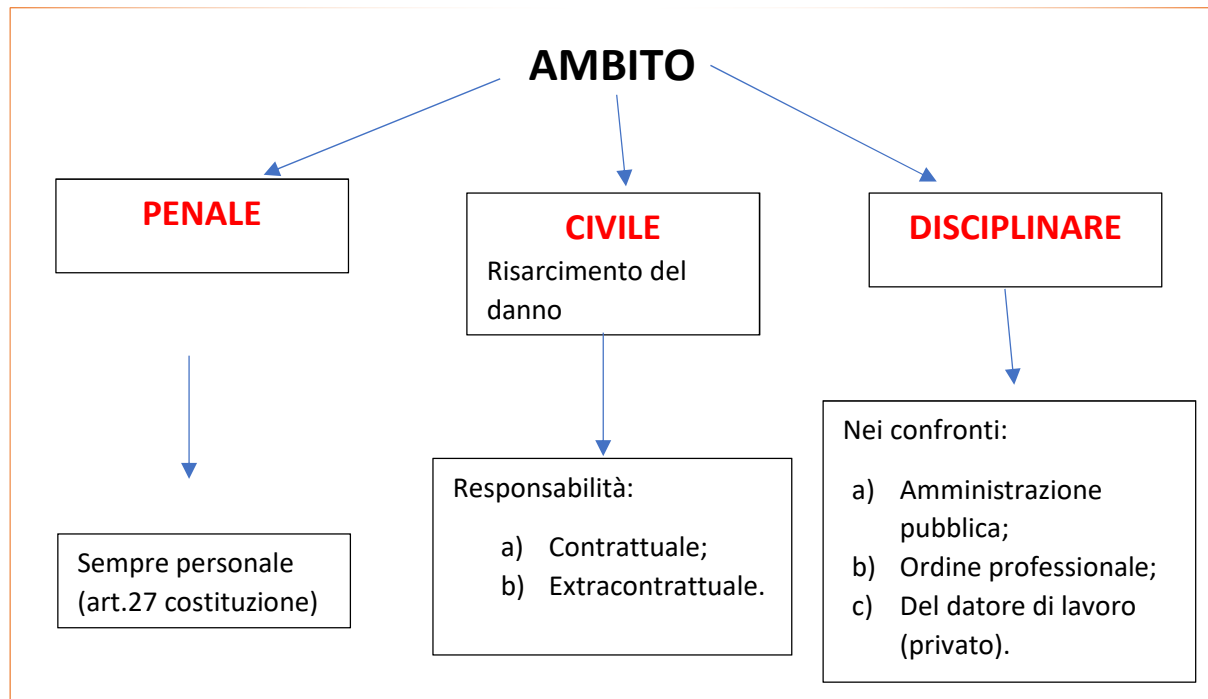
Il campo delle competenze infermieristiche oggi è definito da 3 criteri:

- Il profilo professionale infermieristico (D.M. 739/94);
- Il corso di studi universitario e la formazione post base;
- Il codice deontologico.

e da due limiti:

- Le competenze previste per i medici;
- Le competenze previste per gli altri professionisti sanitari forniti di laurea.

La responsabilità professionale può invece essere divisa come quanto schematizzato:



La legge n. 24/2017 (nota come legge Gelli) innova lessicalmente il concetto di cartella clinica introducendo il concetto di Documentazione Sanitaria, comprendendo sia la cartella medica che la documentazione derivante dalle prestazioni erogate da ogni singolo professionista sanitario. Ne ricade, pertanto, in responsabilità ogni professionista con precisi doveri in termini di compilazione, gestione, organizzazione, tenuta, chiusura e archiviazione nel rispetto della riservatezza dei dati.

È fondamentale, in un'ottica preventiva, che i professionisti siano consapevoli dell'importanza della corretta compilazione della documentazione sanitaria e dei pericoli che può portare una inadeguata compilazione.

Difatti, la documentazione sanitaria è un atto pubblico e rappresenta un elemento di prova per l'accertamento della responsabilità sanitaria. Le attività erogate devono, pertanto, essere documentate poiché saranno garante per dimostrare il proprio operato

CAPITOLO 3 - DIAGNOSI INFERMIERISTICHE E SISTEMA OBIETTIVO E INTERVENTO CORRELATO

3.1 COSA SONO LE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE.

La Diagnosi infermieristica è un giudizio clinico riguardante le risposte della persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute/processi vitali attuali o potenziali. Costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a raggiungere dei risultati di cui l'infermiere è responsabile.

Le diagnosi hanno varia natura, sono state individuate quattro tipologie:

- a) Reali: condizione della persona o della famiglia o della collettività che è stata convalidata dai dati raccolti dall'accertamento;
- b) Di rischio: giudizio clinico in base al quale una persona, una famiglia o una comunità è più vulnerabile nei confronti di un certo problema rispetto ad altre nelle stesse condizioni o simili;
- c) A sindrome: gruppo di diagnosi reali o a rischio.
- d) Di benessere: giudizio clinico a persona, famiglia o comunità che ha le potenzialità per mantenere o aumentare il proprio stato di benessere.

3.2 SISTEMA INTERNAZIONALE NANDA-I NIC E NOC.

Attraverso un linguaggio, una disciplina esprime il contributo che può offrire alla soluzione dei problemi della comunità. Il linguaggio è fondamentale, una terminologia universalmente condivisa: aiuta la comunicazione tra le professioni sanitarie e con gli utenti, migliora le performances, contribuisce a contenere i costi dell'assistenza, fornisce un importante "indice di qualità".

È stata introdotta a questo proposito la tassonomia, un sistema di classificazione e standardizzazione della conoscenza infermieristica che va a identificare e classificare idee e oggetti in base alle loro analogie e viene creato e utilizzato per vari scopi. L'efficacia della tassonomia è data dall'utilizzo di un linguaggio proprio e codificato e dall'uso di regole e principi ben precisi.

Alcuni tra i sistemi riconosciuti di classificazione del Nursing sono: NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification), NOC (Nursing Outcomes Classification), ICNP (International Classification of Nursing Practice), OMAHA System, HHCC (Home Health Care Classification), ENP (European Nursing care Pathways).

La Tassonomia NANDA-I è la più diffusa e conosciuta a livello internazionale. È anche quella che offre la letteratura più vasta, proponendo diagnosi infermieristiche, interventi e criteri di valutazione. La Tassonomia NANDA-I è specifica per l'infermieristica e si completa con i NIC e i NOC.

Come visto nel capitolo 1, per la formulazione della diagnosi occorrono alcuni strumenti per l'analisi del paziente: colloquio – intervista, esame obiettivo, osservazione, documentazione clinica-medica, altri dati raccolti in collaborazione medica. Per la strutturazione dell'accertamento secondo la Tassonomia NANDA-I si seguono gli 11 modelli funzionali di salute della Gordon: Percezione della salute, Nutrizionale e Metabolico, Eliminazione, Attività ed esercizio fisico, Riposo e Sonno, Cognitivo percettivo, Percezione di sé, Ruolo e relazione, Sessualità, Tolleranza allo stress, Principi e valori.

3.2.1 NANDA-I

Per diagnosi infermieristica, la NANDA-I intende “un giudizio clinico sulle risposte date dall'individuo, dalla famiglia o dalla società ai problemi di salute e ai processi vitali, reali o potenziali. La diagnosi infermieristica fornisce le basi per effettuare una scelta degli interventi assistenziali infermieristici che porteranno al conseguimento degli obiettivi dei quali è responsabile l'infermiere”.

La Tassonomia NANDA-I ha tre livelli: 13 domini, 47 classi, 244 diagnosi infermieristiche, come di seguito mostrato in ALLEGATO 1

La formulazione della diagnosi che secondo il sistema NANDA-I si struttura in:

- a) Un titolo: è il nome della diagnosi come compare nella tassonomia, va a descrivere l'essenza del fenomeno con il minor numero di parole possibili.

È costituito da un qualificatore che permette di distinguere la tipologia di d.i.:

- Reali: qualificatore negativo ad es. inefficace, mancanza, deficit, alterato);
- Di rischio: qualificatore specifico (rischio);
- Di benessere: qualificatore positivo ad es. efficace, potenziale migliorato);
- A sindrome: qualificatore specifico (sindrome da)

Un termine indica richiama il modello funzionale della salute o le componenti del modello stesso (es la mobilità per le d.i. del modello attività-esercizio fisico).

Un termine potrebbe invece riferirsi all'unità assistenziale (individuo, famiglia o comunità).

- b) Definizione: breve frase che specifica in modo più analitico ciò che è espresso dal titolo.

- c) Caratteristiche definenti: informazioni osservabili che confermano la manifestazione della diagnosi infermieristica, sono presenti nelle d.i. reali e di benessere.
- d) Fattori correlati: sono i fattori eziologici, presenti in tutte le tipologie di diagnosi infermieristiche, di rilevante importanza per la stesura dei successivi interventi infermieristici che devono essere orientati alle cause della d.i.

Sono distinti in gruppi:

- Fisiopatologici: eziologia biologica e psichica legata ad alterazioni patologiche;
- Trattamenti: interventi medici o infermieristici;
- Situazionali: ambientali ed esperienze personali;
- Maturative: in relazione alla fascia di età.

3.2.2 N.O.C.

Il focus dei NOC (Nursing Outcome Classification) *“un risultato infermieristico per l’assistito, sensibile all’assistenza infermieristica, è uno stato, un comportamento o una percezione di un individuo, una famiglia, un gruppo o una comunità misurato lungo un continuum, come conseguenza di interventi infermieristici. Ad ogni risultato corrisponde un gruppo di indicatori che sono usati per determinare lo stato dell’assistito in rapporto al risultato”*. (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013)

Permettono di dimostrare i risultati in termini di effetti di questa assistenza, utilizzando un linguaggio scientifico fatto di definizioni, codici, indicatori, scale di misurazioni lungo un continuum di tempo.

La quinta edizione NOC è suddivisa in una tassonomia di 7 domini, 32 classi e 490 risultati, classificati in modo da standardizzare i titoli, le definizioni in uso nella pratica clinica e nella ricerca infermieristica e sempre basata sugli 11 modelli funzionali della salute secondo Gordon. Esistono perciò 5 livelli: domini, classi, risultati, indicatori e scale di misura.

Ciascun risultato comprende:

- a) Un titolo identificativo;
- b) Una definizione;
- c) Un insieme di indicatori di risultato che descrivono specifiche condizioni, percezioni o comportamenti correlati al risultato stesso;
- d) Una scala di misurazione a cinque valori di tipo Likert.

I risultati attesi devono essere:

- a) Basati sul paziente e se possibile condivisi col paziente: coinvolgere il paziente, e quando necessario i familiari, nella definizione dell'obiettivo ne aumenta la partecipazione e condizione;
- b) Realistici: l'infermiere e l'assistito devono stabilire dei risultati raggiungibili in base alle risorse e al contesto di cura, considerare la realizzabilità e la gradualità è importante in quanto elementi che vanno a mediare il livello di autostima e motivazione dell'assistito;
- c) Definiti nel tempo: per ogni risultato atteso si deve definire il periodo di tempo entro il quale ci si prospetta il raggiungimento dello stesso. I risultati possono essere differenziati in funzione di ciò, avremo quindi risultati a breve, ovvero in poche ore o qualche giorno, medio, ovvero il raggiungimento entro una settimana e lungo termine se ci si attende di ottenerlo in un tempo che varia da qualche settimana fino a qualche mese.
- d) Misurabile: i risultati attesi sono formulati in modo da dare all'infermiere uno standard rispetto al quale misurare la risposta dell'assistito alle cure.

Esiste un acronimo che può aiutare a ricordare le caratteristiche che un obiettivo deve possedere per essere ben definito, SMARTER dove: S (Specific), M (Measurable), A (Achievable), T (Time-constrained), E (Ethical), R (Recorded).

Gli indicatori che completano la definizione dell'obiettivo sono elementi quantitativi che identificano la frequenza e il valore del criterio di valutazione mentre gli standard di riferimento rappresentano il livello accettabile di risultato da conseguire. Le fonti degli standard provengono da norma, studi scientifici e basati sull'evidenza e le indicazioni di esperti.

3.2.3 N.I.C.

Il focus dei NIC (Nursing Intervention Classification) *“intervento infermieristico, è costituito da una qualsiasi azione basata sul giudizio clinico e sulle conoscenze infermieristiche che un infermiere mette in atto per raggiungere i risultati dell'assistito”*. (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2014). Ad ogni intervento corrispondono un gruppo di attività usate per personalizzare l'assistenza.

La standardizzazione NIC segue una tassonomia su 3 livelli, 7 domini (unità logiche), 30 classi (raggruppamento omogeneo), 554 Interventi (elementi specifici) a questi sono collegato oltre 12.000 attività.

Gli interventi possono essere classificati in base al grado di responsabilità o in base alle finalità e natura dell'intervento stesso. Seguendo la prima avremo:

- a) assistenza diretta (trattamento effettuato direttamente dall'infermiere in interazione con l'assistito);
- b) assistenza indiretta (trattamento effettuato lontano dall'utente, ma per conto dell'utente stesso);
- c) iniziati dall'infermiere (è un intervento del quale l'infermiere assume l'iniziativa in risposta ad una diagnosi infermieristica in autonomia decisionale e operativa);
- d) iniziati da altri professionisti della salute (ad esempio medico che assume l'iniziativa ma che viene svolto dall'infermiere);
- e) iniziati dall'infermiere e le cui attività sono affidate/attribuite ad altre figure (delega/attribuzione).

Andando a classificare in base alla finalità si avranno:

- a) Monitoraggio e vigilanza: per determinare l'eventuale sviluppo di complicanze e verificare la risposta dell'assistito alle cure infermieristiche, mediche o di altre specialistiche;
- b) Soluzione o cura: adatti a diagnosi infermieristiche reali e finalizzati alla risoluzione del problema e/o della causa;
- c) Prevenzione: sono interventi che prevengono le complicanze o riducono i fattori di rischio;

in base alla natura dell'intervento si trova invece:

- a) Educativi: che possono a loro volta essere formali, ovvero quelli che richiedono un piano strutturato e che necessita di tempo dedicato per attuarlo, o informali, interventi che si svolgono durante le normali attività di assistenza spiegando agli assistiti cosa si sta facendo e il perché;
- b) Di counseling per supporto emotivo: uso di tecniche di relazione terapeutica per aiutare l'assistito nelle decisioni prese per la sua cura e il suo stile di vita. Comprendono anche interventi della sfera emotiva;
- c) Sull'ambiente: mirati ad assicurare un ambiente sicuro, pulito e confortevole per l'assistito;
- d) Tecnico assistenziale: richiedono abilità manuali dell'infermiere;
- e) Di supporto fisico nelle abilità di vita quotidiana (ADL): interventi atti a migliorare e soddisfare i bisogni di base della persona.

I NIC permettono di descrivere gli interventi, le prestazioni assistenziali infermieristici, attraverso un linguaggio scientifico fatto di definizioni, codici, attività e azioni lungo un continuum nel tempo.

Per una corretta prescrizione dell'intervento è fondamentale che esso contenga: il ruolo del paziente e l'azione dell'infermiere espressa da un verbo, le caratteristiche dell'azione ovvero tempo, frequenza e durata dell'intervento e come effettuarlo.

Le attività non hanno numerazione ma sono state elencate per ordine logico ovvero da quella da fare per prima a quella da fare per ultima), non essendo standardizzate l'infermiere può decidere di utilizzare attività diverse da quelle codificate.

3.3 I PIANI ASSISTENZIALI.

Un piano di assistenza contiene il progetto di cura infermieristica e contempla i problemi o le diagnosi infermieristiche, i risultati attesi e gli interventi da eseguire. Come già visto nei capitoli precedenti i piani di assistenza si possono essere personalizzati o standardizzati.

I piani standard sono elaborati da un gruppo di infermieri esperti in una determinata specialità e scritti per una popolazione di assistiti con una specifica diagnosi medica. Gli esperti identificano le comuni diagnosi per questa popolazione e scrivono risultati attesi e gli interventi di solito necessari alla risoluzione del problema.

I piani standard vogliono essere un riferimento di partenza per sviluppare un piano di assistenza personalizzato, garantire le cure ottimali sulla base delle migliori evidenze scientifiche e per ridurre la variabilità della pratica infermieristica. Sono inoltre un valido strumento didattico per studenti e neoassunti. La standardizzazione non deve essere una prassi che va ad eliminare la considerazione della soggettività della persona, ma deve essere vista nell'ottica della contestualizzazione e condivisione degli standard di cura.

I piani assistenziali standard possono essere applicati a pazienti di media complessità assistenziale che hanno un percorso altamente prevedibile.

I piani di assistenza individualizzati invece sono elaborati per ogni assistito dall'infermiere per i pazienti che richiedono una elevata personalizzazione delle decisioni. Si utilizzano per gestire situazioni assistenziali molto complesse in quanto la persona presenta condizioni, risorse, tempi di adattamento, bisogni di assistenza intensi e specifici.

CAPITOLO 4 – L’ESPERIENZA INRCA

4.1 L’ISTITUTO NAZIONALE DI RIPOSO E CURA PER ANZIANI

L’origine dell’INRCA può essere fatta risalire al 1844, anno nel quale è stato istituito ad Ancona l’Ospizio dei Poveri per iniziativa della Congregazione dei Mercanti e degli Artisti con scopi di assistenza e beneficenza, nell’ambito del vecchio ospedale della SS. Trinità e S. Anna, situato nei locali del Convento di S. Francesco alle Scale.

Il 10 marzo 1871 Vittorio Emanuele II Legalizza l’Ospizio dei poveri vecchi. Nel 1881, a seguito di una donazione della Provincia di Ancona, l’Istituto diveniva pubblico ed assumeva la denominazione di “Ospizio dei Poveri Vecchi e di Mendicità Vittorio Emanuele II (V.E II)”. Negli anni intorno al 1920 l’Opera Pia Ospizio di Ancona veniva trasferita fuori città, nella località delle Grazie, presso la Villa Persichetti, in ambienti più adeguati a ospitare anziani soli, indigenti, ma anche convalescenti e, spesso, malati cronici con disabilità invalidanti. Nel corso degli anni l’Ospizio si era progressivamente trasformato in un vero Gerontocomio, adeguato ai tempi, con un ampio sviluppo dell’assistenza sociosanitaria (medici ed infermieri). Con DPR del 26/8/1961, l’Opera Pia Ospizio dei Poveri Vecchi e di Mendicità V.E.II, grazie ai suoi livelli organizzativi assistenziali, veniva denominata Istituto di Riposo e Cura per Anziani (IRCA) e, quindi, nel 1963, gli veniva riconosciuto il suo carattere nazionale (INRCA) e, successivamente (1968), definito quale “Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico (IRCCS)”, specializzato sui problemi degli Anziani, l’unico in Italia.

Oltre a sostenere una serie di attività che vede i pazienti al centro del cambiamento, promuove in particolare un laboratorio della postura ed analisi del movimento, un servizio di Telemedicina e Teleconsulto, un Centro Diurno per i malati di Alzheimer. realizza un moderno laboratorio di Biologia Molecolare. Ha inizio, così, lo studio della genetica dell’invecchiamento, in particolare dell’invecchiamento “di successo”, rappresentato dal modello dei centenari quale esempio di longevità. Nel campo della farmacologia, l’INRCA partecipava attivamente a trials clinici nazionali ed internazionali contribuendo a portare la sua esperienza sulla popolazione anziana, poco studiata, in termini di efficacia dei farmaci, nonché sugli effetti collaterali. Notevole l’impegno profuso nella ricerca epidemiologica sul diabete, sull’ipertensione, sulla demenza, sull’osteoporosi.

Il riconoscimento dell’INRCA come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) lo pone nella rete degli Enti di rilevanza nazionale impegnati a perseguire, oltre che prestazioni assistenziali di alta specialità, finalità di ricerca prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e nell’organizzazione e gestione dei servizi sanitari, secondo standard di eccellenza.

Il ruolo e le finalità dell'IRCCS INRCA fanno quindi riferimento a due ambiti fondamentali e fortemente integrati fra loro - la ricerca traslazionale nel campo biomedico, epidemiologico, clinico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, e l'attività assistenziale con prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. Tappa fondamentale dell'Istituto è stata nel 2016 la conferma del riconoscimento come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico con decreto del Ministro della Salute (DM 21 Marzo 2016) per la disciplina di "geriatria".

La mission dell'INRCA trova i propri riferimenti da un lato nell'essere Istituto di ricerca e dall'altro nell'avere una forte connotazione specialistica in senso geriatrico e gerontologico.

Nella sua duplice veste di struttura a carattere nazionale (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), inserita nei Sistemi Sanitari Regionali e, di conseguenza, nelle realtà territoriali, l'Istituto persegue obiettivi di:

- ottenere sempre più alti livelli di attività, attraverso il potenziamento della ricerca traslazionale e lo sviluppo di studi clinici, al fine di poter dare sempre maggiore evidenza degli effetti della ricerca sulle capacità assistenziali;
- continuare ad essere il "punto di riferimento di eccellenza" a livello regionale, nazionale ed internazionale sulla ricerca e l'assistenza in campo geriatrico;
- potenziare il know-how dei professionisti, anche garantendo il trasferimento delle competenze dei professionisti più esperti operanti nell'Istituto, che ne caratterizzano l'eccellenza e le capacità di attrazione, ai più "giovani";
- sviluppo di nuovi e sempre più efficienti modelli organizzativi che facilitino l'integrazione tra assistenza e ricerca, tra Università e Servizio Sanitario, tra Unità Operative di assistenza e ricerca e servizi a supporto. (INRCA, s.d.).

4.2 L'ESPERIENZA INRCA: LA CARTELLA INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA

Il progetto Cartella Clinica Informatizzata nasce nel 2016 con l'obiettivo di sviluppare un sistema di informatizzazione dei processi clinici dei presidi ospedalieri e di ricerca dell'INRCA in un'ottica multidisciplinare per le attività di diagnosi, cura e ricerca. Per "cartella clinica informatizzata" s'intende l'insieme dei processi del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale ospedaliero supportati dalle tecnologie informatiche. L'informatizzazione di una cartella clinica si inserisce in un contesto più ampio di riorganizzazione dei processi sanitari, al fine di renderli maggiormente efficienti, flessibili e vicino alle persone. È opinione diffusa che la gestione adeguata delle informazioni cliniche contribuirà a modificare radicalmente la sanità, poiché può fornire gli strumenti per sviluppare nuovi modelli organizzativi riguardo all'assistenza e una gestione manageriale più accurata.

Lo scopo è quello di tracciare il percorso ospedaliero che l'anziano fa dal momento in cui accede in ospedale fino alle dimissioni. Per un istituto di ricerca mettere a sistema i dati su degenze, attività ambulatoriali e diagnostiche, laboratorio analisi permette di avere informazioni utili al miglioramento del percorso di cura e della produzione scientifica dell'Istituto.

Contestualmente al progetto si è deciso di implementare a sistema anche la cartella infermieristica. Sono stati perciò attivati dei percorsi formativi ECM a cui hanno risposto in molti infermieri, questi sono poi stati divisi i gruppi differenziati per moduli e aree tematiche: medicina e mondo della acuzie punti di primo intervento, chirurgie-blocco operatorio, residenzialità e ambulatoriale. Il loro compito era quello di andare ad elaborare un sistema di pianificazione assistenziale e di definire diagnosi-obiettivi ed interventi più appropriati per il paziente geriatrico in tutti i suoi bisogni.

Tra giugno e ottobre 2017 sono stati fatti degli incontri per andare a valutare quelle che fossero le esigenze specifiche della pratica assistenziale e di come questa potesse essere tradotta in processi informatici.

La prima parte del progetto viene messa a sistema il 15 Luglio 2018 con l'avvio della parte riguardante l'ammissione in Unità Operativa, la dimissione o il trasferimento in altra U.O.; l'attivazione riguarda le tre Unità Operative pilota: Degenza post-Acuzie, il reparto di neuro-stroke e la cardiologia-UTIC.

Sempre nelle stesse U.O. a novembre 2018 verrà attivata l'informatizzazione di: prescrizione e somministrazione della terapia, inquadramento clinico e scheda parametrica.

Ad aprile 2019 viene integrato l'ambito radiologico e nel novembre, dello stesso anno, viene fatto l'avvio in altre tre Unità Operative: Clinica di Medicina Interna, Medicina Riabilitativa e Geriatria

Durante la prima fase, il gruppo originario del progetto è stato identificato come equipe a cui dare il compito di formare i colleghi sull'utilizzo e la gestione della documentazione sanitaria integrata e del sistema informatico. In questo momento viene anche implementato il primo avvio dell'accertamento infermieristico al letto del paziente e la generazione di un Piano Assistenziale Individualizzato. L'obiettivo è quello di produrre e lavorare su almeno una diagnosi per paziente in modo da avere risultati sull'efficacia del sistema e in modo da rendere graduale l'approccio di tutto il personale infermieristico al nuovo sistema di lavoro. Verranno poi effettuati nuove riunioni per la verifica del corretto avvio, per implementare la figura dell'Operatore Socio-Sanitario, per valutare tutte le criticità comparse durante l'utilizzo dello strumento.

MATERIALI E METODI

L'obiettivo dello studio è quello di definire la storia e l'evoluzione dell'assistenza infermieristica con particolare attenzione a quello che è il piano assistenziale, strumento chiave per la presa in carico e la gestione del paziente.

Per la compilazione della prima parte dello studio è stata effettuata una revisione della letteratura a riguardo per andare a sintetizzare quelle che sono le caratteristiche definenti la cartella infermieristica: obiettivo raggiunto revisionando testi per la storia e l'evoluzione della stessa e documentazione legislativa per andare a definire le caratteristiche giuridiche.

La creazione del piano assistenziale si è poi sviluppata andando a raccogliere e studiare diagnosi, interventi e obiettivi partendo dal sistema internazionale GNNN (Gordon-NANDA/I-NIC-NOC).

Attraverso una ricerca di quelli che sono i bisogni assistenziali del paziente anziano, si sono scelte le diagnosi, gli obiettivi, gli interventi e alcune delle attività correlate più opportune per la gestione dell'assistito e infine raccolta in tabelle degli stessi con riferimenti alla tassonomia internazionale. A tal fine è stato effettuato uno studio di testi e articoli che hanno portato all'individuazione delle principali e più indicate bisogni assistenziali

La seconda fase dello studio era quello di andare ad inserire il piano assistenziale a livello del reparto di Chirurgia dell'Istituto Nazionale di Riposo e Cura Anziani con sperimentazione dell'effettiva validità e funzionalità della ricerca ed elaborazione di un piano che potesse essere costruito ad hoc per i pazienti geriatrici dell'Istituto. Fase che non è stata possibile attuare per il recente dilagare della pandemia del virus SARS-CoV-2.

RISULTATI

DIAGNOSI INFERMIERISTICHE NEL PERIODO PRE-OPERATORIO

1) ANSIA

MODELLO FUNZIONALE DI RIFERIMENTO SECONDO GORDON	DIAGNOSI INFERMIERISTICA (NANDA-I)	OUTCOME (NOC)	INTERVENTI (NIC)
	ANSIA (00146)	Livello di ansia (1211)	Riduzione dell'ansia (5820)
			Guida preventiva alle situazioni critiche (5210)
		Coping (1302)	Addestramento al controllo degli impulsi (4370)
			Presenza (5340)
		Autocontrollo degli impulsi (1405)	Sostegno emozionale (5270)
		Autocontrollo dell'ansia (1402)	Tecnica calmante (5880)

➤ NANDA-I

ANSIA (00146)	Dominio	Classe	Focus
	9	2	Ansia

Definizione: vago senso di disagio o di timore, accompagnato da risposte autonome (di origine spesso non specifica o sconosciuta alla persona); senso di apprensione causato dalla percezione di un pericolo. Rappresenta un segnale che avverte dell'imminenza di un pericolo e permette alla persona di adottare misure idonee ad affrontare la minaccia.

➤ NOC

LIVELLO DI ANSIA (1211)	Dominio		Classe		
	III		M		
Definizione: gravità delle manifestazioni di apprensione, tensione o inquietudine che derivano da una causa non identificabile.					
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
Angoscia (121104)	1	2	3	4	5

<i>Disagio (121105)</i>	1	2	3	4	5
<i>Tensione facciale (121107)</i>	1	2	3	4	5
<i>Indecisione (121109)</i>	1	2	3	4	5
<i>Difficoltà di concentrazione (121112)</i>	1	2	3	4	5
<i>Dichiarazione di apprensione (121116)</i>	1	2	3	4	5
<i>Aumento FC (121120)</i>	1	2	3	4	5
<i>Aumento FR (121121)</i>	1	2	3	4	5
<i>Aumento PA (121119)</i>	1	2	3	4	5
<i>Atteggiamento di chiusura di sé (121128)</i>	1	2	3	4	5
<i>Disturbi del sonno (121129)</i>	1	2	3	4	5

COPING (1302)			Dominio	Classe	
			III	N	
Definizione: azioni dirette a fronteggiare gli agenti stressanti che sollecitano in maniera rilevante l'attivazione delle risorse di un individuo.					
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>Individua modello di coping efficace (130201)</i>	1	2	3	4	5
<i>Manifesta senso di controllo (130203)</i>	1	2	3	4	5
<i>Esprime accettazione di una situazione (130205)</i>	1	2	3	4	5
<i>Usa sistemi di sostegno personali (130222)</i>	1	2	3	4	5
<i>Riferisce una diminuzione dei sintomi fisici di stress (130216)</i>	1	2	3	4	5
<i>Riporta una diminuzione delle sensazioni negative (130217)</i>	1	2	3	4	5
<i>Riporta un aumento del benessere psicologico (130218)</i>	1	2	3	4	5

AUTOCONTROLLO DELL'ANSIA (1402)			Dominio	Classe	
			III	O	
Definizione: azioni individuali per eliminare o ridurre i sentimenti di apprensione, tensione e inquietudine originati da una causa non identificabile.					
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>Controlla l'intensità dell'ansia (140201)</i>	1	2	3	4	5
<i>Riduce gli stimoli ambientali quando è ansioso (140203)</i>	1	2	3	4	5
<i>Usa efficaci strategie di coping (140206)</i>	1	2	3	4	5

<i>Mantiene la concentrazione (140212)</i>	1	2	3	4	5
<i>Controlla la risposta dell'ansia (140217)</i>	1	2	3	4	5
<i>Usa tecniche di rilassamento per ridurre l'ansia (140207)</i>	1	2	3	4	5

AUTOCONTROLLO DEGLI IMPULSI (1405)					Dominio	Classe
					III	O
Definizione: autolimitazione dei comportamenti impulsivi o compulsivi.						
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>Individua i comportamenti impulsivi nocivi (140501)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Identifica i sentimenti che portano ad azioni impulsivi (140502)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Mantiene l'autocontrollo (140512)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Controlla gli impulsi (140507)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Ottiene assistenza quando avverte gli impulsi (140516)</i>	1	2	3	4	5	

➤ **NIC**

RIDUZIONE DELL'ANSIA (5820)					Dominio	Classe
					3	T
Definizione: riduzione al minimo dell'apprensione, della paura, dell'inquietudine o del disagio correlati ad un fonte non identificata di possibile pericolo.						

GUIDA PREVENTIVA ALLE SITUAZIONI CRITICHE (5210)					Dominio	Classe
					3	R
Definizione: preparazione della persona assistita a una prevedibile crisi relativa allo sviluppo o situazionale.						

Segue...

ADDESTRAMENTO AL CONTROLLO DEGLI IMPULSI (4370)					Dominio	Classe
					3	O
Definizione: assistenza alla persona nel mediare un comportamento impulsivo applicando strategie di problem-solving in situazioni sociali ed interpersonali.						

PRESENZA (5340)					Dominio	Classe
					3	R
Definizione: essere accanto ad un'altra persona, sia fisicamente che psicologicamente, nei momenti di necessità.						

SOSTEGNO EMOZIONALE (5270)	Dominio	Classe
	3	R
Definizione: offrire rassicurazione, accettazione e incoraggiamento in momenti di stress.		

TECNICA CALMANTE (5880)	Dominio	Classe
	3	T
Definizione: riduzione dell'ansia in una persona che prova un disagio acuto.		

ESEMPI DI POSSIBILI ATTIVITA' CORRELATE

ATTIVITA'	RAZIONALE
<p>Affrontare le 5 dimensioni dell'insegnamento preoperatorio: a) <i>sostegno psicosociale</i>, b) <i>informazione situazionale</i>, c) <i>ruolo individuale</i>, d) <i>sensazioni, malessere atteso</i>, e) <i>allenamento delle capacità</i> ("Yount & Schoessler, 1991)</p> <p>Incoraggiare l'assistito ad esprimere eventuali emozioni negative e gestirle partendo dal dialogo. Andare a correggere credenze o informazioni non accurate.</p> <p>Lavorare in equipe per la gestione di eventuale comparsa d'ansia severa o panico.</p> <p>Nel caso l'assistito lo necessiti, avvisare il medico che andrà a dare ulteriori delucidazioni circa l'intervento.</p> <p>È indicato l'uso di un linguaggio semplice e preciso.</p> <p>Garantire un ambiente tranquillo e silenzioso. Non sottoporre alla vista del pazienti materiali e/o strumentario chirurgico che può aumentare il livello di ansia percepito.</p> <p>Insegnare all'assistito a registrare lo stato d'animo e il come gestisce in modo autonomo eventuali emozioni negative (quali ansia, stress, agitazione)</p> <p>Educare l'assistito, che ha già vissuto un'esperienza simile, a ricordare e usare eventuali strategie di gestione precedentemente sviluppate.</p> <p>Aiutare l'assistito con nuove tecniche per ridurre lo stato di agitazione (come ad esempio: la respirazione profonda.)</p> <p>Insegnare all'assistito l'uso appropriato di farmaci ansiolitici:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Benzodiazepine; 2. Buspirone (Hydrochloride); 3. Inibitori della ricaptazione della serotonina; 4. Beta-bloccanti non selettivi e alfa-2 agonisti recettori. <p>Monitorare costantemente il livello di ansia</p> <p>Il professionista sanitario deve per primo tenere un approccio calmo</p>	<p>Informazioni errate o non complete portano all'aumento del livello di timore, ansia e paura nell'assistito.</p> <p>La notifica immediata consente una valutazione tempestiva e la possibilità, ad esempio, di assistenza farmacologica.</p> <p>Il responsabile delle informazioni sull'intervento chirurgico è il medico. L'infermiere ha invece la responsabilità di assicurarsi che l'assistito abbia compreso tali informazioni.</p> <p>La persona che presenta uno stato di agitazione e ansia riesce a comprendere solo poche istruzioni semplici e brevi.</p> <p>Una persona con un livello di ansia medio-alto può facilmente sfociare in una crisi di panico e agitazione che può risultare spiacevole per tutti i presenti.</p> <p>Tecnica che porta il paziente ad avere più consapevolezza del proprio stato, lo scopo è quello di individuare risposte alternative.</p> <p>L'utilizzo di tali strategie migliora notevolmente lo stato di ansia attraverso l'autocontrollo.</p> <p>Aumentare il numero di strategie che l'assistito può mettere in pratica aumenta il livello riuscita dell'obiettivo.</p> <p>L'utilizzo di farmaci ansiolitici per un breve periodo può migliorare il coping dell'assistito e ridurre i sintomi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Raccomandati per un uso a breve termine, mx 3-4 mesi per la dipendenza fisica e assuefazione ad esse connessi con l'uso prolungato. 2. Minori effetti collaterali e minor rischio di dipendenza. Richiede un uso prolungato di anche 2 settimane per avere un effetto terapeutico. 3. Studiati per la loro azione contro di attacchi di panico ma in fase di studio per l'ansia. 4. Ansia associata ad astinenza da cocaina e nicotina. <p>Il professionista che presenta uno stato di agitazione rischia di trasmetterla all'assistito vanificando così gli sforzi per ridurre il suo livello di ansia.</p>

COMMENTO:

L'ansia è una sensazione comune a molti pazienti, in particolar modo nel periodo preoperatorio, che ha risvolti negativi sul psico-fisici. È dimostrato come inneschi una fase di allertamento e comporti un'alterazione di varia intensità a tutti gli organi e apparati: aumento della risposta adrenergica, aumento della frequenza cardiaca e respiratoria. Le conseguenze negative sono evidenti e documentate: è il maggiore predittore del dolore postoperatorio (Yun, Abrishami, Peng, Wong, & Chung, 2009), può aumentare il bisogno di anestetici e il periodo di degenze; riduce il comfort (Grieve, 2002); inibisce l'apprendimento di nozioni relative all'autocura (Vaughn, Wichowsky, & Bosworth, 2007); agisce sul sistema immunitario aumentando il rischio di infezioni (Vaughn, Wichowsky, & Bosworth, 2007), ed accresce il rischio di infarto miocardico, stimolando il rilascio di adrenalina e noradrenalina (Brunner, 2010). Si rende evidente come la sua gestione sia una delle priorità dell'assistenza infermieristica nel periodo preoperatorio.

2) PAURA

MODELLO FUNZIONALE DI RIFERIMENTO SECONDO GORDON	DIAGNOSI INFERMIERISTICA (NANDA-I)	OUTCOME (NOC)	INTERVENTI (NIC)
	PAURA (00148)	Autocontrollo della paura (1404)	Miglioramento della sicurezza (5380)
		Coping (1302)	Riduzione dell'ansia (5820)
		Livello di paura (1210)	Sostegno emozionale (5270)

➤ NANDA-I

PAURA (00148)	Dominio	Classe	Focus
	9	2	Paura

Definizione: risposta a una minaccia percepita che è consapevolmente riconosciuta come pericolo.

➤ NOC

AUTOCONTROLLO DELLA PAURA (1404)					Dominio	Classe
					III	O
Definizione: azioni individuali per eliminare o ridurre i sentimenti invalidanti di apprensione, tensione o disagio derivanti da causa riconoscibile.						
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>Sorveglia l'intensità della paura (140401)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Cerca informazioni per ridurre la paura (140403)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Usa tecniche di rilassamento per ridurre la paura (140407)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Mantiene il senso della ragione nonostante la paura (140415)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Controlla la reazione alla paura (140417)</i>	1	2	3	4	5	

COPING (1302)					Dominio	Classe
					III	N
Definizione: azioni dirette a fronteggiare gli agenti stressanti che sollecitano in maniera rilevante l'attivazione delle risorse di un individuo.						
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>Individua modello di coping efficace (130201)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Manifesta senso di controllo (130203)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Esprime accettazione di una situazione (130205)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Usa sistemi di sostegno personali (130222)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Riferisce una diminuzione dei sintomi fisici di stress (130216)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Riporta una diminuzione delle sensazioni negative (130217)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Riporta un aumento del benessere psicologico (130218)</i>	1	2	3	4	5	

LIVELLO DI PAURA (1210)					Dominio	Classe
					III	M
Definizione: gravità dei sentimenti manifesti di apprensione, tensione o disagio derivanti da una causa riconoscibile.						
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>Angoscia (121001)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Tendenza ad incolpare gli altri (121002)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Irrequietezza (121005)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Irritabilità (121006)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Scoppi di rabbia (121007)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Pensiero assorbito dalla causa della paura (121016)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Tensione muscolare (121022)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Senso di rinuncia (121029)</i>	1	2	3	4	5	

➤ NIC

MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA (5380)	Dominio	Classe
	3	R

Definizione: rafforzamento del senso di sicurezza fisica e psicologica della persona assistita.

RIDUZIONE DELL'ANSIA (5820)	Dominio	Classe
	3	T

Definizione: riduzione al minimo dell'apprensione, della paura, dell'inquietudine o del disagio correlati ad un fonte non identificata di possibile pericolo.

SOSTEGNO EMOZIONALE (5270)	Dominio	Classe
	3	R

Definizione: offrire rassicurazione, accettazione e incoraggiamento in momenti di stress.

ESEMPI DI POSSIBILI ATTIVITA' CORRELATE

ATTIVITA'	RAZIONALE
Rassicurare l'assistito andando a confermare che la paura è una risposta normale e adeguata in situazioni in cui siano pervisti o presenti dolore o perdita di controllo.	L'atteggiamento di rassicurazione diminuisce i livelli di paura.
Assistere la persona durante le procedure o i trattamenti trasmettendo un sentimento di sicurezza.	Ciò aumenta il senso di fiducia dell'assistito e la sua sicurezza reale e percepita.
Educare l'assistito agli spazi circostanti.	La conoscenza dell'ambiente può dare come risultato un abbassamento del livello di paura.
Assicurare che l'assistito abbia possibilità a far riferimento a figure o risorse in base alle sue esigenze e della famiglia.	

3) CONOSCENZA INSUFFICIENTE

MODELLO FUNZIONALE DI RIFERIMENTO SECONDO GORDON	DIAGNOSI INFERMIERISTICA (NANDA-I)	OUTCOME (NOC)	INTERVENTI (NIC)
	CONOSCENZA INSUFFICIENTE (00126)	Conoscenza procedura terapeutica (1814)	Insegnamento: periodo preoperatorio (5610)

➤ NANDA-I

CONOSCENZA INSUFFICIENTE (00126)	Dominio	Classe	Focus
	5	4	Conoscenza

Definizione: mancanza di informazioni cognitive correlate a uno specifico argomento o alla sua acquisizione.

➤ NOC

CONOSCENZA: PROCEDURA TERAPEUTICA (1814)					Dominio	Classe
					IV	S
Definizione: livello di comprensione manifestato riguardo una procedura che costituisce una parte del regime terapeutico.						
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>Procedura terapeutica (181401)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Scopi della procedura terapeutica (181402)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Fasi della procedura terapeutica (181403)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Precauzioni riguardo la procedura terapeutica (181405)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Uso corretto dello strumentario (181404)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Azioni appropriate per le complicanze (181407)</i>	1	2	3	4	5	

➤ NIC

INSEGNAMENTO: PERIODO PREOPERATORIO (5610)		Dominio	Classe
		2	j

Definizione: educazione dell'assistito perché comprenda e si prepari mentalmente a un intervento chirurgico e alla fase post-operatoria.

ESEMPI DI POSSIBILI ATTIVITA' CORRELATE:

ATTIVITA'	RAZIONALE
Spiegare e rinforzare le spiegazioni del chirurgo sulla procedura chirurgica	L'assistito ha bisogno di avere una comprensione accurata della procedura chirurgica al fine di fornire il consenso informato. L'infermiere può rafforzare le spiegazioni fornite dal chirurgo. Garantisce tutela e sostegno all'assistito per ottenere ulteriori informazioni dell'equipe chirurgica, prima della firma del modulo di consenso o in un qualsiasi momento prima dell'intervento.
Fornire informazioni procedurali (restrizioni di liquidi e cibi, preparazione fisica, linee endovenose, procedura per la somministrazione dell'anestesia, marcare il sito chirurgico).	
Fornire informazioni sensoriali (stanza fredda, illuminazione, odori).	
Fornire informazioni sulla procedura generale per l'intervento (aree d'attesa, trasporto, area risveglio, misure usate dall'equipe chirurgica in sala operatoria, dispositivi e presidi, oggetti personali e valori).	
Fornire all'assistito e alle familiari informazioni riguardo la prevenzione di complicanze post-operatorie (necessità di rotazione dinamica, tosse, esercizi di respirazione profonda e spirometria incentivante, esercizi post-operatori per gli arti inferiori, calze anti-trombo o dispositivi di graduata per assistiti che rimangono a letto per più di 12 ore, deambulazione precoce)	
Fornire all'assistito e ai suoi familiari informazioni riguardo alla gestione del dolore dopo l'intervento.	La gestione adeguata del dolore permette agli assistiti che hanno subito un intervento chirurgico di partecipare attivamente alla loro cura, di deambulare e di respirare in modo efficace. L'assistito ha il diritto di essere coinvolto nella scelta della modalità di gestione del dolore utilizzata.

DIAGNOSI INFERMIERISTICHE NEL POST-OPERATORIO

1) MODELLO DI RESPIRAZIONE INEFFICACE

MODELLO FUNZIONALE DI RIFERIMENTO SECONDO GORDON	DIAGNOSI INFERMIERISTICA (NANDA-I)	OUTCOME (NOC)	INTERVENTI (NIC)
	MODELLO DI RESPIRAZIONE INEFFICACE (00032)	Prevenzione dell'aspirazione (1918)	Vie aeree: gestione (3140)
		Stato respiratorio (0415)	Stimolazione della tosse (3250)
		Stato respiratorio: pervietà delle vie aeree (0410)	Monitoraggio respiratorio (3350)
		Stato respiratorio: ventilazione (0403)	Posizionamento (0840)

➤ NANDA-I

MODELLO DI RESPIRAZIONE INEFFICACE (00032)	Dominio	Classe	Focus
	4	4	Modello di respirazione
Definizione: inspirazione e/o espirazione che non garantiscono una ventilazione adeguata			

➤ NOC

PREVENZIONE DELL'ASPIRAZIONE (1918)					Dominio	Classe
					IV	T
Definizione: azioni individuali per prevenire il passaggio di liquidi o di particelle solide nei polmoni.						
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>Identifica i fattori di rischio (191801)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Evita i fattori di rischio (191802)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Si posiziona dritto per mangiare/bere (191803)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Si posiziona su un lato per mangiare e bere, se necessario (191805)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Sceglie cibi e liquidi della giusta consistenza (191806)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Mantiene l'igiene orale (191809)</i>	1	2	3	4	5	

STATO RESPIRATORIO (0415)					Dominio	Classe
					II	E
Definizione: movimento dell'aria dentro e fuori dai polmoni e scambio di CO2 e O2 a livello alveolare.						
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>FR (041501)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Ritmo respiratorio (041502)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Auscultazione dei suoni respiratori (041504)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Uso dei muscoli accessori (041510)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Dispnea a riposo (041514)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Compromissione della capacità cognitive (041519)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Dilatazione delle narici (041528)</i>	1	2	3	4	5	

STATO RESPIRATORIO: PERVIETA' DELLE VIE AEREE (0410)					Dominio	Classe
					II	E
Definizione: grado di pervietà delle vie tracheobronchiali						
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>FR (041004)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Ritmo respiratorio (041005)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Capacità di rimuovere le secrezioni (041012)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Ansimare (041014)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Tosse (041019)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Accumulo di espettorato (041020)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Respiro agonico (021021)</i>	1	2	3	4	5	

STATO RESPIRATORIO: VENTILAZIONE (0403)					Dominio	Classe
					II	E
Definizione: movimento dell'aria attraverso le vie aeree durante le fasi inspiratoria ed espiratoria.						
Misura globale del risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>FR (040301)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Ritmo respiratorio (040302)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Uso dei muscoli ausiliari (040309)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Compromissione della vocalizzazione (040330)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Compromissione dell'espirazione (040332)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Suoni vocali distorti all'auscultazione (040333)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Atelectasica (040334)</i>	1	2	3	4	5	

➤ **NIC**

VIE AEREE: GESTIONE (3140)			Dominio	Classe
			2	K
Definizione: mantenimento della pervietà delle vie aeree.				

STIMOLAZIONE DELLA TOSSE (3250)			Dominio	Classe
			2	K
Definizione: stimolazione dell'inspirazione profonda, con conseguente creazione di un'elevata pressione intratoracica e successiva espirazione forzata a glottide chiusa.				

MONITORAGGIO RESPIRATORIO (3350)	Dominio	Classe
	2	K
Definizione: sistematica rilevazione, osservazione, analisi, verifica e valutazione dei dati dell'assistito per assicurare la pervietà delle vie aeree e adeguati scambi gassosi.		

POSIZIONAMENTO (0840)	Dominio	Classe
	1	C
Definizione: posizionamento intenzionale dell'assistito o di un segmento de suo corpo per promuoverne il benessere fisico e/o psicologico.		

ESEMPIO DI POSSIBILI ATTIVITA' CORRELATE:

ATTIVITA'	Razionale
Monitoraggio dei parametri respiratori (stato, ritmo, profondità, FR e pulsiossimetria)	
Attenzione alla gestione del dolore post-operatorio e attivazione di un piano terapeutico per la gestione.	Il dolore è un parametro incidente sulla funzionalità respiratoria.
Posizionare il paziente con la testata sollevata di 30°	La posizione migliora l'escursione termica del diaframma.
Educare l'assistito ad eseguire esercizi di respirazione profonda per almeno 10 vv al giorno.	Questa tecnica riduce il rischio di atelectasica e incentiva l'assistito per una consapevole partecipazione attiva.
Indicare all'assistito la tecnica di "immobilizzazione" delle incisioni chirurgiche della parete toracica e addominale.	Permette la riduzione del livello di dolore percepita durante la tosse e la respirazione profonda.
Somministrazione di ossigeno come prescritto dal medico.	Sostegno all'ossigenazione, velocizza l'eliminazione dall'organismo dei gas anestetici.
Osservare e valutare il tipo di respirazione e uso di muscoli accessori.	Lo splinting è una ridotta inspirazione volontaria e cosciente con lo scopo di ridurre il dolore causato dalla completa espansione del torace.
Educazione all'uso dello spirometro incentivante (con successiva valutazione).	L'uso di questo strumento permette una riduzione del rischio di atelectasica attraverso un'espansione completa degli alveoli.
Informare sull'importanza di effettuare costantemente una tosse il più possibile efficace	Libera l'albero bronchiale dalle secrezioni.
Valutazione di pregresse patologie polmonari o uso di tabacco	Fattori che incidono in maniera significativa sulla funzionalità respiratoria.

COMMENTO

Nell'immediato post-operatorio l'anziano sottoposto ad intervento chirurgico può presentare un'insufficienza respiratoria. Fisiologicamente l'apparato respiratorio tende a ridurre la sua funzione con il passare degli anni, ciò è dato da modificazioni della cassa toracica, ossificazioni delle cartilagini condro-costali e rigidità dei legamenti articolari e muscoli respiratori. L'atelettasia polmonare è una delle cause più frequenti, si tratta di un collasso del parenchima polmonare dato da un'ostruzione dei bronchi che comporta una maggior difficoltà di ventilazione delle porzioni di polmone a valle.

SEGUE...

L'impedimento può essere dovuto a un "tappo" di secreto bronchiale che ostruisce i bronchi, il fattore predisponente la loro formazione è proprio la prolungata posizione supina (Lazzieri, Clini, Repossini, & Corrado, 2006), abbiamo poi problematiche date dall'anestesia generale che causa depressione della funzionalità tonica muscolare e alterazioni dei volumi polmonari, durata dell'intervento, traumi o manipolazioni chirurgiche (Brunner, 2010), (Ghetti, Lama, Forloni, Raggiotto, & Ropa, 2018).

L'insufficienza respiratoria comporta una situazione di ipossiemia post-chirurgica che può portare anche alla morte dell'assistito, diventa così una priorità assoluta la prevenzione di tale evento, prevenzione che ha natura medico-infermieristica.

2) RISCHIO DI INFEZIONE (DEL SITO CHIRURGICO)

MODELLO FUNZIONALE DI RIFERIMENTO SECONDO GORDON	DIAGNOSI INFERMIERISTICA (NANDA-I)	OUTCOME (NOC)	INTERVENTI (NIC)
	RISCHIO DI INFEZIONE (DEL SITO CHIRURGICO) (00266)	Gravità delle infezioni (0703)	Controllo delle infezioni (6540)
			Cura delle ferite (3660)
		Guarigione delle ferite: per prima intenzione (1102)	Cura del sito di incisione (3440)
			Educazione alla salute (5510)
			Assistenza in caso di drenaggio (1870)
		Stato immunitario (0702)	Assistenza in caso di drenaggio urinario (1876)
	Cura della ferita: drenaggio chiuso (3662)		

➤ NANDA-I

RISCHIO DI INFEZIONE (DEL SITO CHIRURGICO) (00266)	Dominio	Classe	Focus
	11	1	Infezione del sito chirurgico.

Definizione: suscettibilità all'invasione del sito chirurgico da parte di microorganismi patogeni che può compromettere la salute.

➤ NOC

GRAVITA' DI INFEZIONE (DEL SITO CHIRURGICO) (0703)					Dominio	Classe
					III	H
Definizione: gravità dei segni e sintomi di infezione						
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>Rash (070301)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Suppurazione maleodorante (070303)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Febbre (070307)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Ipotermia (070329)</i>	1	2	3	4	5	

<i>Sensibilità (070334)</i>	1	2	3	4	5
<i>Malessere (070311)</i>	1	2	3	4	5
<i>Brividi (070312)</i>	1	2	3	4	5
<i>Dolore (070333)</i>	1	2	3	4	5
<i>Drenaggio purulento (070305)</i>	1	2	3	4	5
<i>Coltura urine (070324)</i>	1	2	3	4	5
<i>Coltura delle feci (070325)</i>	1	2	3	4	5
<i>Leucocitosi (070326)</i>	1	2	3	4	5
<i>Leucopenia (070327)</i>	1	2	3	4	5
<i>Colonizzazione della coltura della ferita (070323)</i>	1	2	3	4	5

GUARIGIONE DELLE FERITE: PER PRIMA INTENZIONE (1102)					Dominio	Classe
					II	L
Definizione: entità della rigenerazione di cellule e tessuti a seguito di guarigione per prima intenzione.						
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>Cute in prossimità della ferita (110201)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Cute al margine della ferita (110213)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Formazione di cicatrice (110214)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Odore fetido della ferita (110211)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Drenaggio purulento (110202)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Drenaggio sieroso (110203)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Drenaggio ematico (110204)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Drenaggio plasmatico (110205)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Drenaggio ematico dalla ferita (110206)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Cute circostante l'eritema (110207)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Cute circostante l'ecchimosi (110215)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Aumento della TC (110210)</i>	1	2	3	4	5	

INDIVIDUAZIONE DEI RISCHI (1908)				Dominio	Classe
				IV	T
Definizione: azioni personali per identificare i rischi per la propria salute.					
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>Riconosce segni e sintomi che indicano rischi (190801)</i>	1	2	3	4	5
<i>Identifica potenziali rischi per la salute (190802)</i>	1	2	3	4	5
<i>Aggiorna regolarmente la storia di salute personale (190808)</i>	1	2	3	4	5
<i>Presta attenzione al proprio stato di salute (190813)</i>	1	2	3	4	5
<i>Ricerca informazioni aggiornate sui cambiamenti delle raccomandazioni di assistenza sanitaria (190812)</i>	1	2	3	4	5
<i>Si rivolge ai servizi di assistenza sanitaria in modo congruente con le necessità (190810)</i>	1	2	3	4	5

STATO IMMUNITARIO (0702)				Dominio	Classe
				II	H
Definizione: resistenza naturale e acquisita specifica verso gli antigeni interni ed esterni.					
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>Funzione respiratoria (070204)</i>	1	2	3	4	5
<i>Funzione genito-urinaria (0702005)</i>	1	2	3	4	5
<i>Integrità cutanea (070208)</i>	1	2	3	4	5
<i>Integrità delle mucose (070209)</i>	1	2	3	4	5
<i>Vaccinazioni correnti (070211)</i>	1	2	3	4	5
<i>Screening per presenza di infezioni (070221)</i>	1	2	3	4	5
<i>Conta differenziali dei globuli bianchi (070215)</i>	1	2	3	4	5
<i>Conta totale globuli bianchi (070214)</i>	1	2	3	4	5
<i>Infezioni ricorrenti (070201)</i>	1	2	3	4	5
<i>Tumori (070202)</i>	1	2	3	4	5
<i>Calo del peso corporeo (070206)</i>	1	2	3	4	5
<i>Fatigue cronica (070210)</i>	1	2	3	4	5

➤ NIC

CONTROLLO DELLE INFEZIONI (6540)	Dominio	Classe
	4	V

Definizione: ridurre al minimo l'acquisizione e la trasmissione di agenti infettivi.

CURA DELLE FERITE (3660)	Dominio	Classe
	2	L

Definizione: prevenzione delle complicanze delle ferite e promozione della loro cicatrizzazione.

CURA DEL SITO DI INCISIONE (3440)	Dominio	Classe
	2	L

Definizione: detersione, monitoraggio e facilitazione della guarigione di una ferita che sia stata chiusa mediante sutura, clip o graffe.

EDUCAZIONE ALLA SALUTE (5510)	Dominio	Classe
	3	S

Definizione: sviluppo e trasmissione di informazioni ed esperienza pratiche per facilitare l'adattamento volontario a comportamenti che favoriscano la salute di persona, famiglie, gruppi o comunità.

ASSISTENZA IN CASO DI DRENAGGIO (1870)	Dominio	Classe
	1	F

Definizione: gestione della persona con un sistema di drenaggio esterno che fuoriesce dal corpo.

ASSISTENZA IN CASO DI DRENAGGIO URINARIO (1876)	Dominio	Classe
	1	B

Definizione: gestione della persona con un sistema di drenaggio urinario.

CURA DELLA FERITA: DRENAGGIO CHIUSO (3662)	Dominio	Classe
	2	L

Definizione: mantenimento di un sistema di drenaggio a pressione nel sito di ferita.

ESEMPI DI POSSIBILI ATTIVITA' CORRELATE:

ATTIVITA'	RAZIONALE
<p>Individuare gli assistiti a rischio di guarigione ritardata della ferita:</p> <p><i>a) malnutrizione,</i> <i>b) uso di tabacco,</i> <i>c) obesità,</i> <i>d) anemia,</i> <i>e) diabete,</i> <i>f) patologia neoplastica,</i> <i>g) terapia con corticosteroidi,</i> <i>i) insufficienza renale,</i> <i>j) ipovolemia,</i> <i>k) ipossia,</i> <i>l) chirurgia di durata >3 ore,</i> <i>m) chirurgia effettuata in orario notturno o in emergenza,</i> <i>n) carenza di zinco, magnesio e rame,</i> <i>o) compromissione del sistema immunitario.</i></p>	<p>Un ritardo nella guarigione della ferita può fornire l'opportunità ai microrganismi di entrare all'interno della ferita stessa. "Le infezioni del sito chirurgico rappresentano una causa sostanziale di morbilità, ospedalizzazione prolungata e morte. Le infezioni del sito chirurgico sono associate a un tasso di mortalità del 3% e il 75% delle infezioni che esitano con la morte dell'assistito sono direttamente attribuibili alle infezioni del sito chirurgico" (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2015*).</p>
<p>Monitorare costantemente il sito chirurgico negli assistiti obesi.</p>	<p>Studi in letteratura riportano che l'obesità compromette la guarigione della ferita in virtù della struttura anatomica del tessuto adiposo, insufficienza vascolare, del processo ossidativo, alterazioni immunitarie e dei deficit nutrizionali. Ciò comporta alterazioni nella sintesi di collagene e della capacità di contrastare le infezioni, e una diminuita abilità nel supportare i meccanismi necessari per il processo di guarigione (Pierpoint et al., 2014).</p>
<p>Monitorare l'adeguato processo di guarigione attraverso l'annotazione di quanto segue (Armstrong & Meyr, 2014; Mercandetti 2013):</p> <p><i>a) evidenza di margini della ferita intatti e approssimati (guarigione per prima intensione). Entro 48 ore dalla chirurgia, la fibrina e le cellule epiteliali, così come le fibre collagene, riempiono lo spazio vuoto e saldano l'incisione;</i> <i>b) leggero gonfiore, piccole formazioni di croste attorno alle suture o alle graffe e ai bordi della ferita, e presenza di rossore e calore;</i> <i>c) drenaggio previsto (da 1 a 5 gg dopo la chirurgia, macchie di sangue misto siero ematico o siero, o sangue con siero giallognolo, chiaro.);</i> <i>d) a partire dal 5 giorno, una "linea di guarigione" di tessuto di granulazione può essere apprezzata direttamente sotto l'incisione e con un'estensione di ca un cm in entrambi i lati della ferita.</i></p>	<p>Questi elementi di osservazione costituiscono la reazione infiammatoria normale alle procedure chirurgiche. Ogni deviazione da questi processi di guarigione normali, in particolare tra l'immediato post-operatorio e fino a 5-10gg, potrebbe far emergere un problema. Nella maggioranza dei casi, la deiscenza si verifica 4-14 gg dopo l'operazione. (Mercandetti, 2013).</p>
<p>Mantenere la normotermia. Monitorare la temperatura corporea ogni 4h; informare il medico se la temperatura supera i 38°C.</p>	<p>Anche l'ipotermia può aumentare il rischio di infezione della ferita chirurgica; l'ipotermia altera direttamente la funzione immunitaria, inclusa la produzione di anticorpi mediata dai linfociti T. La vasocostrizione termoregolatoria riduce la tensione di ossigeno sottocutaneo e aumenta il rischio di infezioni della ferita (Seamon et al. 2012; Sessler, 2016).</p>
<p>Effettuare un monitoraggio per valutare un'eventuale quantità inadeguata di ossigeno tissutale in persone a rischio:</p> <p><i>a) avvertire i fumatori che per loro il rischio di infezione è 3 vv maggiore;</i> <i>b) monitorare l'eventuale iperglicemia in persone diabetiche e non;</i> <i>c) consultare un medico per tutti quegli interventi che permettono di raggiungere un rigoroso controllo del glucosio;</i> <i>d) gestire in modo tempestivo il dolore e la somministrazione di farmaci;</i> <i>e) prevenire l'ipovolemia.</i></p>	<p>La diminuzione di ossigeno tissutale compromette la riparazione dei tessuti stessi:</p> <p><i>a) le infezioni del sito chirurgico si sono verificate in assistiti sia diabetici si non è nella chirurgia cardiaca quando la glicemia ha superato i valori di 200mg/dl nelle prime 48h;</i> <i>b) l'infusione massiva di insulina si è dimostrato efficace nel ridurre le infezioni della ferita, l'insufficienza multiorgano e la mortalità negli assistiti in condizioni critiche;</i> <i>c) il dolore post-operatorio provoca una risposta autonoma che produce una vasocostrizione arteriolare con riduzione della circolazione necessaria per la guarigione della ferita;</i> <i>d) un deficit di volume di liquidi può ridurre sostanzialmente la circolazione periferica.</i></p>
<p>Valutare il sito della ferita ogni 24 ore e applicare un'adeguata medicazione, se indicato; riferire ogni segno anomalo al medico (per es., aumento rossore, modificazioni del drenaggio, alterazioni della saldatura dei margini).</p>	<p>La guarigione delle ferite per prima intensione richiede una medicazione per proteggerle dalla contaminazione finché i lembi non sono saldati. La guarigione della ferita per seconda intensione richiede una medicazione adeguata a mantenere idrata la zona, dopo che i margini si sono saldati non è più necessaria.</p>
<p>Monitorare l'insorgenza di segni e sintomi di infezione della ferita:</p> <p><i>a) Aumento dell'edema</i> <i>b) separazione della ferita;</i> <i>c) Aumento del drenaggio siero-ematico o purulento;</i> <i>d) Prolungata temperatura anomala o significativamente aumentata.</i></p>	<p>I tessuti reagiscono all'infiltrazione patogena con aumento del flusso ematico e linfatico (edema, arrossamento), e ridotta epitelizzazione (evidenziata dalla separazione della ferita). I patogeni circolanti attivano l'ipotalamo nell'elevare la temperatura corporea; alcuni patogeni non possono sopravvivere alle alte temperature.</p>
<p>Spiegare quando una medicazione è indicata per ferite che guariscono per prima intensione e per quelle che guarisce attraverso seconda intensione.</p>	<p>La guarigione delle ferite per prima intensione richiede una medicazione per proteggerle dalla decontaminazione finché i lembi non sono saldati. Per seconda intensione richiede invece una medicazione per mantenere un'adeguata idratazione.</p>
<p>Insegnare e assistere la persona secondo:</p> <p><i>a) Supportare il sito chirurgico durante il movimento;</i> <i>b) Sostenerne l'area durante la tosse, uno starnuto o il vomito.</i></p>	<p>In genere, una ferita richiede 3 settimane per la formazione di una cicatrice robusta. Uno stress lungo la linea di sutura prima di questo tempo può causarne un'interruzione.</p>
<p>Se indicato, consultare un enterostomista o un infermiere clinico specialista per misure specifiche riguardo la cura della cute.</p>	<p>La gestione delle ferite complesse o processi di guarigione alterati richiede il consulto con un infermiere esperto.</p>

COMMENTO:

Le infezioni del sito chirurgico (ISC) rappresentano la seconda causa più frequente sia in Europa che negli Stati Uniti, e in molti stati sono la complicanza più frequente e costosa (Badia, et al., 2017). La loro comparsa comporta un prolungamento della degenza ospedaliera, possono richiedere un nuovo intervento chirurgico fino a ricovero in terapia intensiva nei casi più gravi, ha un impatto significativo sulla mortalità (Romanini, Tucci, & Zanolì, 2018).

Molti sono i fattori che contribuiscono al rischio di ISC, per questo la sua gestione è complessa e richiede misure preventive in ogni tempo operatorio con particolare attenzione alla preparazione operatoria (nel preoperatorio), mantenimento dell'asepsi (nell'intraoperatorio) e un'attenta gestione e continua valutazione del sito per minimizzarne il rischio di comparsa (nel post-operatorio)

Altre fonti: (Zoncada, Zambolin, & Moro, 2017) (WUWHS, 2008) (WHO, 2016) (Berrios-Torres, et al., 2017).

3) RISCHIO DI GUARIGIONE CHIRURGICA RITARDATA

MODELLO FUNZIONALE DI RIFERIMENTO SECONDO GORDON	DIAGNOSI INFERMIERISTICA (NANDA-I)	OUTCOME (NOC)	INTERVENTI (NIC)
	RISCHIO DI GUARIGIONE CHIRURGICA RITARDATA (00246)	Guarigione delle ferite per prima intenzione (1102)	Cura delle ferite (3660)
		Mobilità (0208)	Gestione del dolore (1400)
		Recupero dopo intervento chirurgico: convalescenza (2304)	Assistenza nella cura di sé (1800)
		Recupero dopo intervento chirurgico: immediato post-operatorio)	Gestione della nutrizione (1100)
		Integrità tissutale: cute e mucose (1101)	Sorveglianza della cute (3590)
	Posizionamento (0840)		

➤ **NANDA-I**

RISCHIO DI GUARIGIONE CHIRURGICA RITARDATA (00246)	Dominio	Classe	Focus
	11	2	Guarigione chirurgica

Definizione: suscettibilità a un aumento del numero di giorni postoperatori necessari affinché la persona possa iniziare e svolgere da sola le attività che mantengono la vita, la salute e il benessere, che può compromettere la salute.

➤ NOC

MOBILITA' (0208)				Dominio	
				I	C
Definizione: capacità di muoversi intenzionalmente e volontariamente nel proprio ambiente in modo autonomo con o senza ausiliari					
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>Equilibrio (020801)</i>	1	2	3	4	5
<i>Andatura (020810)</i>	1	2	3	4	5
<i>Movimento dei muscoli (020803)</i>	1	2	3	4	5
<i>Movimento delle articolazioni (020804)</i>	1	2	3	4	5
<i>Muoversi con agilità (020814)</i>	1	2	3	4	5

RECUPERO DOPO INTERVENTO CHIRURGICO: CONVALESCENZA (2304)				Dominio	
				II	A
Definizione: Livello delle funzioni fisico-psicologiche e di ruolo dalla fase dell'assistenza post-anestesiologica alla visita post-operatoria finale					
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>PA sistolica (230401)</i>	1	2	3	4	5
<i>PA diastolica (230402)</i>	1	2	3	4	5
<i>Stabilità emodinamica (230403)</i>	1	2	3	4	5
<i>TC (230404)</i>	1	2	3	4	5
<i>FC (230405)</i>	1	2	3	4	5
<i>Ritmo del polso (230406)</i>	1	2	3	4	5
<i>FR (230407)</i>	1	2	3	4	5
<i>Diuresi (230409)</i>	1	2	3	4	5
<i>Sonno (230423)</i>	1	2	3	4	5
<i>Idratazione (230414)</i>	1	2	3	4	5
<i>Equilibrio elettrolitico (230412)</i>	1	2	3	4	5
<i>Deambulazione (230420)</i>	1	2	3	4	5
<i>Cognizione (230421)</i>	1	2	3	4	5
<i>Adattamento alle modifiche corporee conseguenti all'intervento chirurgico (2304)</i>	1	2	3	4	5
<i>Svolgimento delle attività di cura di sé (2304)</i>	1	2	3	4	5
<i>Polmonite (230432)</i>	1	2	3	4	5

<i>Dolore (230433)</i>	1	2	3	4	5
<i>Infezione delle ferite (230424)</i>	1	2	3	4	5
<i>Tromboflebite (230438)</i>	1	2	3	4	5
<i>Vomito (230441)</i>	1	2	3	4	5
<i>Stipsi (230443)</i>	1	2	3	4	5
<i>Fatigue (230444)</i>	1	2	3	4	5
<i>Depressione (230446)</i>	1	2	3	4	5

GUARIGIONE DELLE FERITE: PER PRIMA INTENZIONE (1102)						Dominio	Classe
						II	L
Definizione: entità della rigenerazione di cellule e tessuti a seguito di guarigione per prima intenzione.							
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno		
INDICATORI							
<i>Cute in prossimità della ferita (110201)</i>	1	2	3	4	5		
<i>Cute al margine della ferita (110213)</i>	1	2	3	4	5		
<i>Formazione di cicatrice (110214)</i>	1	2	3	4	5		
<i>Odore fetido della ferita (110211)</i>	1	2	3	4	5		
<i>Drenaggio purulento (110202)</i>	1	2	3	4	5		
<i>Drenaggio sieroso (110203)</i>	1	2	3	4	5		
<i>Drenaggio ematico (110204)</i>	1	2	3	4	5		
<i>Drenaggio plasmatico (110205)</i>	1	2	3	4	5		
<i>Drenaggio ematico dalla ferita (110206)</i>	1	2	3	4	5		
<i>Cute circostante l'eritema (110207)</i>	1	2	3	4	5		
<i>Cute circostante l'ecchimosi (110215)</i>	1	2	3	4	5		
<i>Aumento della TC (110210)</i>	1	2	3	4	5		

➤ **NIC**

CURA DELLE FERITE (3660)						Dominio	Classe
						2	L
Definizione: prevenzione delle complicanze delle ferite e promozione della loro cicatrizzazione.							

GESTIONE DEL DOLORE (1400)						Dominio	Classe
						1	E
Definizione: eliminazione del dolore o sua riduzione a un livello accettabile per la persona assistita.							

ASSISTENZA NELLA CURA DI SÉ (1800)	Dominio	Classe
	1	F
Definizione: assistere una persona nello svolgimento delle attività della vita quotidiana.		

GESTIONE DELLA NUTRIZIONE (1100)	Dominio	Classe
	1	D
Definizione: promuovere e garantire un apporto equilibrato di sostane nutritive.		

SORVEGLIANZA DELLAC CUTE (3590)	Dominio	Classe
	2	L
Definizione: sistematica raccolta e analisi dei dati dell'assistito allo scopo di conservare l'integrità della cute e delle mucose.		

POSIZIONAMENTO (0840)	Dominio	Classe
	1	C
Definizione: posizionamento intenzionale dell'assistito o di un segmento del suo corpo per promuovere il benessere fisico/psicologico.		

ESEMPIO DI ATTIVITA' CORRELATE:

ATTIVITA'	RAZIONALE
Ispezione del sito chirurgico per la valutazione di comparsa di ematomi (raccolta di sangue) o sieromi (raccolta di linfa).	La formazione di uno dei due tipi di raccolta aumenta il rischio di deiscenza e infezione della ferita.
Ispezione e valutazione delle suture (punti o clip) per prevenire deiscenze date da allentamenti di uno o più punti. Monitoraggio continuo.	I lembi devono rimanere accostati, senza tensione, grinze o spazi aperti tra punti o le clip. La vulnerabilità è maggiore nelle prime 48 ore, prima che la granulazione della ferita cominci a svilupparsi.
Valutare le ferite aperte per rilevare evidenze di eviscerazione	
Prevenire la tensione sull'incisione addominale o sulla ferita: a) Incoraggiare l'assistito a comprimere l'incisione prima di colpi di tosse o movimentazioni	

4) DOLORE ACUTO

MODELLO FUNZIONALE DI RIFERIMENTO SECONDO GORDON	DIAGNOSI INFERMIERISTICA (NANDA-I)	OUTCOME (NOC)	INTERVENTI (NIC)
	DOLORE ACUTO (00132)	Stato di benessere (2008)	Gestione del dolore (1400)
			Gestione dei farmaci (2380)
			Sostegno emozionale (5270)
		Controllo del dolore (1605)	Insegnamento: individuale (5606)
			Applicazione di calore e freddo (1380)
			Massaggio (6840)
		Livello di malessere (2109)	Somministrazione analgesici (2210)
	Livello di dolore (2102)	Somministrazione farmaci (2300)	

➤ NANDA-I

DOLORE ACUTO (00132)	Dominio	Classe	Focus
	12	1	Dolore

Definizione: esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole che deriva da un danno tissutale reale o potenziale, o che viene descritta nei termini di tale danno (International Association for the Study of Pain); insorgenza improvvisa o lenta di qualunque intensità da lieve a severa, con un termine previsto o prevedibile e con una durata inferiore a 3 mesi.

➤ NOC

STATO DI BENESSERE (2008)					Dominio	Classe
					V	U
Definizione: senso generale di benessere fisico, psico-spirituale, socioculturale e ambientale che fa sentire l'individuo a proprio agio al sicuro.						
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>Benessere fisico (200801)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Controllo dei sintomi (200802)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Benessere psicologico (200803)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Sostegno sociale della famiglia (200806)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Relazioni sociali (200808)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Capacità di comunicare le esigenze (200812)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Condizioni ambientali circostanti (200804)</i>	1	2	3	4	5	

CONTROLLO DEL DOLORE (1605)					Dominio	Classe
					IV	Q
Definizione: azioni personali per controllare il dolore.						
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>Riconoscere l'inizio del dolore (160502)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Descrivere i fattori causali (160501)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Adotta misure di prevenzione (160503)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Usa analgesici come indicato (160505)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Riferisce sintomi non controllabili dal professionista della salute (160507)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Riconosce i sintomi associati al dolore (160509)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Riferisce che il dolore è sotto controllo (160511)</i>	1	2	3	4	5	

LIVELLO DI MALESSERE (2109)				Dominio	Classe
				V	V
Definizione: gravità del disagio mentale o fisico osservato o riferito.					
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>Dolore (210901)</i>	1	2	3	4	5
<i>Ansia (210902)</i>	1	2	3	4	5
<i>Lamenti (210903)</i>	1	2	3	4	5
<i>Sofferenza (210904)</i>	1	2	3	4	5
<i>Depressione (210908)</i>	1	2	3	4	5
<i>Illusioni (210910)</i>	1	2	3	4	5
<i>Comportamenti ossessivi compulsivi (210912)</i>	1	2	3	4	5
<i>Incapacità di comunicare (210934)</i>	1	2	3	4	5
<i>Idea suicidaria (210935)</i>	1	2	3	4	5
<i>Sensazione di abbandono spirituale (210937)</i>	1	2	3	4	5
<i>Perdita delle fede (210936)</i>	1	2	3	4	5
<i>Posizionamento del copro poco adeguata (210922)</i>	1	2	3	4	5

LIVELLO DI DOLORE (2102)				Dominio	Classe
				V	V
Definizione: gravità del dolore riferito o osservato.					
Misura globale del risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>Dolore riferito (210201)</i>	1	2	3	4	5
<i>Durata degli episodi di dolore (210204)</i>	1	2	3	4	5
<i>Lamento o pianto (210217)</i>	1	2	3	4	5
<i>Espressioni facciali (210206)</i>	1	2	3	4	5
<i>Irrequietezza (210208)</i>	1	2	3	4	5
<i>Pianto (210225)</i>	1	2	3	4	5
<i>Tensione muscolare (210209)</i>	1	2	3	4	5
<i>Tasso respiratorio (210210)</i>	1	2	3	4	5
<i>FC (210220)</i>	1	2	3	4	5
<i>PA (210212)</i>	1	2	3	4	5
<i>Diaforesi (210214)</i>	1	2	3	4	5

➤ NIC

GESTIONE DEL DOLORE (1400)	Dominio	Classe
	1	E

Definizione: eliminazione del dolore o sua riduzione a un livello accettabile per la persona assistita.

GESTIONE DEI FARMACI (2380)	Dominio	Classe
	2	H

Definizione: promozione di un uso sicuro ed efficace dei farmaci prescritti e da banco.

SOSTEGNO EMOZIONALE (5270)	Dominio	Classe
	3	R

Definizione: offrire rassicurazione, accettazione e incoraggiamento in momenti di stress.

INSEGNAMENTO: INDIVIDUALE (5606)	Dominio	Classe
	3	S

Definizione: pianificazione, attuazione e valutazione di un programma di insegnamento rivolto a specifici bisogni di una persona.

APPLICAZIONE DI CALORE E FREDDO (1380)	Dominio	Classe
	1	E

Definizione: stimolazione della cute e dei tessuti sottostanti per mezzo del caldo o del freddo allo scopo di diminuire il dolore, gli spasmi muscolari o l'infiammazione.

MASSAGGIO (6840)	Dominio	Classe
	1	E

Definizione: stimolazione della cute e dei tessuti sottostanti realizzata con una pressione manuale di grado variabile e atta a ridurre il dolore, rilassare, produrre sollievo e/o migliorare la circolazione.

SOMMINISTRAZIONE ANALGESICI (2210)	Dominio	Classe
	2	H

Definizione: utilizzo di principi attivi farmacologici per ridurre o eliminare il dolore.

SOMMINISTRAZIONE FARMACI (2300)	Dominio	Classe
	2	H

Definizione: preparazione, somministrazione e valutazione dell'efficacia di farmaci prescritti e da banco.

ESEMPI DI POSSIBILI ATTIVITA' CORRELATE:

ATTIVITA'	RAZIONALE
Collaborare con l'assistito per determinare l'efficacia degli interventi per la riduzione del dolore.	L'assistito che ha dolore può provare un senso di perdita di controllo sul proprio corpo e sulla propria vita. La collaborazione può aiutare a ridurre al minimo questa sensazione.
Insegnare all'assistito come contenere la ferita chirurgica con un cuscino quando tossisce, starnutisce o vomita.	Il contenimento della ferita riduce lo stress sulla linea di sutura attraverso un bilanciamento della pressione sulla ferita.
Ascoltare con attenzione come il dolore viene riferito e far capire che lo si sta valutando perché si vuole comprendere meglio, no perché si cerca di stabilire se in realtà esiste.	Un assistito che sente il bisogno di convincere il personale sanitario che sta davvero provando dolore è probabile vada incontro a maggiore ansia, con possibile aumento del dolore stesso.
Garantire il controllo ottimale del dolore con gli analgesici prescritti: <ol style="list-style-type: none"> Determinare la via di somministrazione preferita (orale, intramuscolare, endovenosa o rettale). Consultarsi con il medico. Rilevare i parametri vitali, in particolare la FR, prima e dopo la somministrazione dei farmaci narcotici. Adottare un approccio preventivo con i farmaci antidolorifici, somministrandoli prima delle attività (per es. deambulazione) per migliorare la partecipazione (ma assicurarsi di valutare il rischio di sedazione). Istruire l'assistito a richiedere la somministrazione del farmaco prima che il dolore diventi insopportabile. Dopo la somministrazione dell'antidolorifico, valutare l'efficacia entro mezz'ora. 	<ol style="list-style-type: none"> La via di somministrazione idonea ottimizza l'efficacia dei farmaci antidolorifici. I narcotici possono deprimere il centro respiratorio encefalico. L'approccio preventivo può ridurre il dosaggio totale delle 24 ore rispetto all'approccio al bisogno, garantisce inoltre un livello ematico di farmaco più costante, riduce le richieste inesistenti del farmaco da parte dell'assistito ed elimina l'ansia associata alla necessità di tali richieste e dell'attesa di sollievo dal dolore. Ogni assistito risponde ai farmaci antidolorifici in modo diverso; per valutare la risposta è necessario un accurato monitoraggio.
Spiegare e aiutare nell'adozione di misure di controllo del dolore non invasive e non farmacologiche (per es. contenzione del sito di incisione chirurgica, posizionamento adeguato, applicazioni calde e fredde). UNITA' 2 SEZIONE 1 per interventi aggiuntivi.	Queste misure possono contribuire a ridurre il dolore per mezzo di stimoli che si sostituiscono a quelli dolorosi, impedendo di raggiungere i centri encefalici. Il rilassamento riduce la tensione muscolare e può aiutare ad aumentare il senso di controllo del dolore da parte dell'assistito.
Insegnare all'assistito a espellere i gas intestinali adottando le seguenti misure: <ol style="list-style-type: none"> Camminare il prima possibile dopo l'intervento. Cambiare posizione con regolarità, per quanto possibile. 	Il rallentamento post-operatorio della peristalsi determina l'accumulo di gas non riassorbibili. Quando i segmenti intestinali non interessati dall'intervento si contraggono nel tentativo di espellere i gas, l'assistito prova dolore. L'attività fisica accelera il ripristino della peristalsi e l'espulsione dei gas, mentre la postura adeguata aiuta i gas a risalire per essere eliminati.
Aiutare la persona a trovare una posizione confortevole Somministrare analgesici, o aiutare la persona che usa l'anestesia controllata dall'assistito (PCA) prima che il dolore diventi molto forte.	Riposizionare l'assistito a intervalli frequenti può promuovere il benessere. È più difficile controllare il dolore una volta che ha raggiunto un livello di intensità severo. Il sollievo dal dolore non è considerato efficace fino a quando l'assistito non dichiara che è accettabile.

COMMENTO

International Association for the Study of Pain definisce il dolore come “una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale”. Il dolore è un parametro che rappresenta un problema frequente nei pazienti ricoverati. Una percentuale significativa di pazienti lamenta dolore scarsamente controllato successi a procedure chirurgiche. In Italia. Dato l'impatto negative sull'outcome di un inadeguato controllo del DAP e la scarsa adesione nella pratica clinica quotidiana alle raccomandazioni presenti in letteratura, è necessario favorire il miglioramento della sua gestione da parte di tutti gli attori coinvolti nel periodo peri-operatorio (Infermieri, Anestesisti Rianimatori, Chirurghi, Fisioterapisti, pazienti e caregiver) (Fanelli, et al., 2019).

Il dolore acuto nel peri-operatorio in particolare, si definisce come tale il dolore presente nel paziente sottoposto a procedura chirurgica, causato da una malattia preesistente, dalla procedura chirurgica (compresi drenaggi, sondini o complicanze) o da entrambe (Ambrosio, et al., 2010).

5) RISCHIO DI NUTRIZIONE SQUILIBRATA INFERIORE AL FABBISOGNO METABOLICO

MODELLO FUNZIONALE DI RIFERIMENTO SECONDO GORDON	DIAGNOSI INFERMIERISTICA (NANDA-I)	OUTCOME (NOC)	INTERVENTI (NIC)
	RISCHIO DI NUTRIZIONE SQUILIBRATA: INFERIORE AL FABBISOGNO METABOLICO (00002)	Stato nutrizionale: assunzione di alimenti e liquidi (1008)	Gestione della nutrizione (1100)
		Conoscenze: dieta prescritta (1802)	Monitoraggio nutrizionale (1160)
		Stato nutrizionale: assunzione di nutrienti (1009)	Terapia nutrizionale (1120)

➤ NANDA-I

RISCHIO DI NUTRIZIONE SQUILIBRATA: INFERIORE AL FABBISOGNO METABOLICO (00002)	Dominio	Classe	Focus
	2	1	Nutrizione

Definizione: assunzione di nutrienti insufficiente a soddisfare il fabbisogno metabolico.

➤ NOC

STATO NUTRIZIONALE: ASSUNZIONE DI ALIMENTI E LIQUIDI (1008)	Dominio		Classe		
	II		K		
Definizione: quantità di cibo e di liquidi introdotti nell'organismo nell'arco delle 24 ore.					
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>Apporto di alimenti via orale (100801)</i>	1	2	3	4	5
<i>Apporto attraverso sonda (100802)</i>	1	2	3	4	5
<i>Apporto di liquidi per via orale (100803)</i>	1	2	3	4	5
<i>Apporto di liquidi per via endovenosa (100804)</i>	1	2	3	4	5
<i>Apporto nutritivo parenterale (100805)</i>	1	2	3	4	5

STATO NUTRIZIONALE: ASSUNZIONE DI NUTRIENTI (1009)					Dominio	Classe
					II	K
Definizione: assunzione di nutrienti per soddisfare le necessità metaboliche.						
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>Apporto calorico (100901)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Apporto proteico (100802)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Apporto lipidico (100803)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Apporto di carboidrati (100804)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Apporto di fibre (100810)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Apporto vitaminico (100805)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Apporto di minerali (100806)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Apporto di ferro (100807)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Apporto di calcio (100808)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Apporto di sodio (100811)</i>	1	2	3	4	5	

CONOSCENZE: DIETA PRESCRITTA (1802)					Dominio	Classe
					IV	S
Definizione: livello di comprensione manifestato riguardo il regime alimentare raccomandato da un professionista della salute per una specifica condizione di salute.						
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>Dieta prescritta (180201)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Benefici della dieta (180202)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Obiettivi della dieta (180204)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Pasti raccomandati distribuiti nell'arco della giornata (180222)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Linee guida per la preparazione dei cibi (180209)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Pianificazione della dieta in base alla situazione sociale (180213)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Attività di autocontrollo (180217)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Possibili interazioni alimenti e farmaci (180215)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Pratiche per una sana alimentazione (180220)</i>	1	2	3	4	5	

➤ NIC

GESTIONE DELLA NUTRIZIONE (1100)	Dominio	Classe
	1	D

Definizione: promuovere e garantire un apporto equilibrato di sostanze nutritive.

MONITORAGGIO NUTRIZIONALE (1160)	Dominio	Classe
	1	D

Definizione: sistematica rilevazione, osservazione, analisi, verifica e valutazione dei dati dell'assistito relativi all'assunzione dei nutrienti.

TERAPIA NUTRIZIONALE (1120)	Dominio	Classe
	1	D

Definizione: somministrazione di alimenti e liquidi per sostenere i processi metabolici di una persona malnutrita o ad alto rischio di malnutrizione.

ESEMPI DI POSSIBILI ATTIVITA' CORRELATE

ATTIVITA'	RAZIONALE
Alla comparsa dei primi segni di ripresa delle funzioni intestinali è opportuno iniziare a far assumere al paziente liquidi chiari.	L'assunzione di liquidi chiari permette un apporto di fluidi ed elettroliti sufficiente senza andare a creare un sovraccarico eccessivo al tratto gastro-intestinale.
Se compaiono complicanze nell'assunzione di liquidi chiari, valutare la richiesta di una consulenza dietistica.	
Per evitare la stimolazione del vomito si educa il paziente a non assumere liquidi prima dei pasti e incoraggiarlo ad ingerire pezzetti di ghiaccio fino a scomparsa del senso di vomito.	La distensione gastrica da ingestione di liquidi può portare alla stimolazione del midollo allungato (centro del vomito) da parte delle terminazioni vagali afferenti dei visceri.
Educare l'assistito ad effettuare movimenti lenti.	I movimenti rapidi stimolano il centro del vomito.
Ridurre o eliminare le visioni e gli odori sgradevoli.	Odori e visioni sgradevoli possono stimolare il centro del vomito.
Garantire un'accurata igiene del cavo orale dopo il vomito.	L'igiene orale riduce il gusto sgradevole.
Per evitare emesi successiva ai pasti si educa il paziente a non sdraiarsi nelle 2 ore successive e a mantenere una posizione seduta o semi sdraiata.	La pressione sullo stomaco potrebbe provocare la stimolazione vagale viscerale afferente del centro encefalico del vomito.
Insegnare all'assistito ad effettuare gli esercizi di rilassamento durante gli episodi di nausea.	La concentrazione sulle attività di rilassamento può aiutare a bloccare la stimolazione del centro del vomito.
Mantenere sempre un'adeguata igiene orale.	Il cavo orale pulito e rinfrescato può stimolare l'appetito.
Somministrare un antiemetico prima dei pasti, se indicato. Se difficoltà deglutitorie, somministrazione parenterale.	Gli antiemetici prevengono la comparsa di nausea e vomito.
Stabilire obiettivi appropriati sia a breve che lungo termine	Il miglioramento nutrizionale può protrarsi per diversi mesi.
Fornire compagnia durante i pasti.	Importante sia in ambito extra che intra ospedaliero.
Suggerire l'utilizzo di integratori nutrizionali tra i pasti	Possono essere utilizzati per aumentare l'apporto calorico e proteico, senza interferire con l'assunzione volontaria di cibo.
Stabilire con assistito, familiari e care giver l'eventuale necessità di un supporto nutrizionale enterale o parenterale, se appropriato.	
Incoraggiare l'esercizio fisico.	Il metabolismo e l'utilizzo delle sostanze nutritive sono migliorabili dall'attività fisica.

COMMENTO

L'avanzare dell'età comporta un inevitabile cambiamento delle funzionalità corporee tra cui la perdita di peso associati a fragilità e maggior frequenza di morbilità e mortalità. Il rischio di malnutrizione nell'anziano ospedalizzato varia tra il 35-65% (Cavallini, 2015).

Le conseguenze di malnutrizione energico-proteica (MEP) possono essere devastanti, abbassamento delle difese immunitaria, sarcopenia che comportano un maggior rischio di contrarre infezioni e rischio cadute, minor capacità dell'organismo alla guarigione delle ferite. Risultato, aumento della morbilità, disabilità e mortalità e sicuramente una minor qualità di vita (Brunner, 2010)

6) RISCHIO DI STIPSI

MODELLO FUNZIONALE DI RIFERIMENTO SECONDO GORDON	DIAGNOSI INFERMIERISTICA (NANDA-I)	OUTCOME (NOC)	INTERVENTI (NIC)
	RISCHIO DI STIPSI (00015)	Eliminazione fecale (0501)	Sostegno nella gestione della funzione intestinale (0430)
		Idratazione (0602)	Gestione dei liquidi (4120)
		Controllo dei sintomi (1608)	Gestione della stipsi/fecaloma (0450)
		Cura di sé: uso del gabinetto (0310)	Training intestinale (0440)
		Risposta ai farmaci (2301)	Insegnamento: farmaci prescritti (5616)

➤ NANDA-I

RISCHIO DI STIPSI (00015)	Dominio	Classe	Focus
	3	2	Stipsi

Definizione: suscettibilità a una riduzione della abituale frequenza di eliminazione intestinale, associata a defecazione difficoltosa o incompleta, che può compromettere la salute.

➤ NOC

CONTROLLO DEI SINTOMI (1608)				Dominio	Classe
				IV	Q
Definizione: azioni personali per minimizzare i cambiamenti nella dimensione fisica ed emotiva percepiti come spiacevoli.					
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>Controllo l'insorgenza dei sintomi (160801)</i>	1	2	3	4	5
<i>Controlla i sintomi in modo persistente (160802)</i>	1	2	3	4	5
<i>Monitorizza la gravità (160803), frequenza (160804) e variazione (160805) dei sintomi</i>	1	2	3	4	5
<i>Ricorre a misure preventive (160806)</i>	1	2	3	4	5

<i>Ricorre a misure di sollievo dei sintomi (160807)</i>	1	2	3	4	5
<i>Riferisce il controllo dei sintomi (160811)</i>	1	2	3	4	5

ELIMINAZIONE FECALE (0501)					Dominio	Classe
					II	F
Definizione: formazione ed evacuazione delle feci.						
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>Modello di eliminazione (050101)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Controllo dei movimenti intestinali (050102)</i>						
<i>Colore delle feci (050103)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Quantità delle feci in rapporto alla dieta (050104)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Facilità di transito delle feci (050112)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Tono muscolare nell'evacuazione delle feci (050119)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Passaggio delle feci senza aiuti (050121)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Suoni intestinali (050129)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Stipsi (050110)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Diarrea (050111)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Dolore durante il transito delle feci (050128)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Presenza di lipidi nelle feci (050107)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Presenza di sangue nelle feci (050108)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Presenza di muco nelle feci (050109)</i>	1	2	3	4	5	

IDRATAZIONE (0602)					Dominio	Classe
					II	G
Definizione: adeguata distribuzione dell'acqua nei compartimenti corporei intra ed extra cellulari.						
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>Turgore cutaneo (060201)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Umidità delle mucose (060202)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Assunzione adeguata di liquidi (060215)</i>	1	2	3	4	5	

<i>Emissione di urina (060211)</i>	1	2	3	4	5
<i>Funzioni cognitive (060218)</i>	1	2	3	4	5
<i>Sete (060205)</i>	1	2	3	4	5
<i>Urine scure (060219)</i>	1	2	3	4	5
<i>Polsi rapidi e deboli (060221)</i>	1	2	3	4	5
<i>Aumento dell'ematocrito (060213)</i>	1	2	3	4	5
<i>Contrazioni muscolari (060224)</i>	1	2	3	4	5
<i>Diarrea (060226)</i>	1	2	3	4	5
<i>Sodiemia (060216)</i>	1	2	3	4	5

CURA DI SÉ: USO DEL GABINETTO (0310)					Dominio	Classe
					I	D
Definizione: capacità di eliminare feci e urine in modo autonomo con o senza dispositivi ausiliari.						
Misura globale del risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>Reagisce tempestivamente alla pienezza vescicale (031001)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Va e viene dal gabinetto (031013)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Toglie i vestiti (031004)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Si posiziona sul sedile del water o della comoda (031005)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Vuota la vescica (031006)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Vuota l'intestino (031011)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Si alza dal water o dalla comoda (031008)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Si riveste dopo l'uso del gabinetto (031009)</i>	1	2	3	4	5	

RISPOSTA AI FARMACI (2301)					Dominio	Classe
					II	AA
Definizione: effetti terapeutici e avversi dei farmaci somministrati.						
Misura globale del risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>Effetti terapeutici attesi (230101)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Cambiamenti previsti nella sintomatologia (230103)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Mantenimento dei livelli ematici attesi del farmaco (230111)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Reazione allergica (230105)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Effetti indesiderati (230106)</i>	1	2	3	4	5	

<i>Interazione tra farmaci (230107)</i>	1	2	3	4	5
<i>Intolleranza al farmaco (230108)</i>	1	2	3	4	5
<i>Tolleranza del farmaco (230113)</i>	1	2	3	4	5

➤ **NIC**

SOSTEGNO NELLA GESTIONE DELLA FUNZIONE INTESTINALE (0430)	Dominio	Classe
	1	B
Definizione: stabilire e mantenere un regolare modello di eliminazione intestinale.		

GESTIONE DEI LIQUIDI (4120)	Dominio	Classe
	2	N
Definizione: monitoraggio e mantenimento dell'equilibrio dei liquidi e prevenzione delle complicanze risultanti da livelli di liquidi anormali o indesiderati.		

GESTIONE DELLA STIPSI/FECALOMA (0450)	Dominio	Classe
	1	B
Definizione: prevenzione e attenuazione della stipsi/fecaloma.		

TRAINING INTESTINALE (0440)	Dominio	Classe
	1	B
Definizione: assistenza alla persona nell'abituare l'intestino a evacuare a intervalli stabiliti.		

INSEGNAMENTO: FARMACI PRESCRITTI (5616)	Dominio	Classe
	2 (3)	H (S)
Definizione: educazione dell'assistito ad assumere in sicurezza i farmaci prescritti e a monitorare gli effetti.		

ESEMPIO DI POSSIBILI ATTIVITA' CORRELATE

ATTIVITA'	RAZIONALE
Rilevare i suoni intestinali, i segni di distensione addominale e la peristalsi. Dopo la chirurgia, i farmaci anticolinergici e oppioidi, l'anestesia, diminuiscono l'apporto orale e l'immobilità può causare stipsi. a) Spiegare che la peristalsi intestinale può riprendere 2-3gg dopo la chirurgia. Bere dai 6 agli 8 bicchieri di acqua quotidianamente. b) Valutare i rumori intestinali per determinare quando iniziare l'introduzione dei liquidi. Promuovere la dieta, come tollerato.	La manipolazione dell'intestino durante la chirurgia può diminuire la peristalsi. Una diminuita assunzione orale e la ridotta attività durante i primi gg dopo l'intervento diminuiranno la mobilità intestinale. c) I rumori intestinali indicano la ripresa intestinale.
Spiegare gli effetti delle attività quotidiane sull'eliminazione. Riprendere la deambulazione non appena possibile. Promuovere i fattori che contribuiscono a un'eliminazione ottimale: a) Dieta bilanciata (rivedere una lista di alimenti che creano volume). b) Incoraggiare l'assunzione di liquidi almeno 8-10 bicchieri al die.	L'attività influenza l'eliminazione intestinale e quella dei gas attraverso l'incremento del tono dei muscoli addominali e la stimolazione dell'appetito e della peristalsi. a) Una buona dieta bilanciata stimola la peristalsi. b) Un sufficiente apporto di liquidi.
Qualora i suoni intestinali non ricompaiono entro 6-10 ore o l'eliminazione non riprenda entro 2-3gg dall'intervento, avvertire il medico.	L'assenza dei suoni può indicare ileo paralitico mentre l'assenza di evacuazioni può indicare occlusione.

COMMENTO

Correlato a diminuzione della peristalsi secondaria a immobilità e agli effetti dell'anestesia. tra le complicanze principali abbiamo, formazione di emorroidi (conseguente a sforzo eccessivo durante l'evacuazione), prolasso rettale, fissurazione anale (dato dal passaggio di feci dure che provocano ferite alla cute dell'ano), malattia diverticolare (danneggiamento delle pareti intestinali successiva ad aumento della pressione necessaria per eliminare le feci piccole e dure), formazione di fecalomi (provoca crampi, dolore addominale) (Greenberger, 2018)

7) INTOLLERANZA ALL'ATTIVITA'

MODELLO FUNZIONALE DI RIFERIMENTO SECONDO GORDON	DIAGNOSI INFERMIERISTICA (NANDA-I)	OUTCOME (NOC)	INTERVENTI (NIC)
	INTOLLERANZA ALL'ATTIVITA' (00094)	Deambulazione (0200)	Esercizio fisico terapeutico: deambulazione (0221)
		Comportamenti di prevenzione cadute (1909)	Gestione dell'energia (0180)
		Mobilità (0208)	Promozione dell'attività fisica (0200)
		Tolleranza all'attività (0005)	Condivisone di obiettivi (4410)
		Conservazione dell'energia (0002)	Insegnamento: attività fisica prescritta (5612)
		Conoscenze: regime terapeutico (1813)	
		Cura di sé: attività di vita quotidiana (0300) (ADL)	

➤ NANDA-I

INTOLLERANZA ALL'ATTIVITA' (00094)	Dominio	Classe	Focus
	4	4	Tolleranza all'attività
Definizione: suscettibilità a sperimentare energie fisiche o psichiche insufficienti per continuare o portare a termine le attività quotidiane necessarie o desiderate, che può compromettere la salute.			

➤ NOC

MOBILITA' (0208)				Dominio	Classe
				I	C
Definizione: capacità di muoversi intenzionalmente e volontariamente nel proprio ambiente in modo autonomo con o senza ausiliari.					
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>Equilibrio (020801)</i>	1	2	3	4	5
<i>Andatura (020810)</i>	1	2	3	4	5
<i>Movimento dei muscoli (020803)</i>	1	2	3	4	5
<i>Movimento delle articolazioni (020804)</i>	1	2	3	4	5
<i>Muoversi con agilità (020814)</i>	1	2	3	4	5

DEAMBULAZIONE (0200)				Dominio	Classe
				I	C
Definizione: azioni personali per camminare in modo autonomo da un luogo ad un altro, con o senza l'utilizzo di dispositivi ausiliari.					
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>Regge il peso corporeo (020001)</i>	1	2	3	4	5
<i>Cammina con andatura efficace (020002)</i>	1	2	3	4	5
<i>Sale i gradini (020006)</i>	1	2	3	4	5
<i>Scende i gradini (020007)</i>	1	2	3	4	5
<i>Sale i piani inclinati (020008)</i>	1	2	3	4	5
<i>Scende i piani inclinati (020009)</i>	1	2	3	4	5
<i>Cammina nell'abitazione (020015)</i>	1	2	3	4	5
<i>Aggira gli ostacoli (020017)</i>	1	2	3	4	5

COMPORAMENTI DI PREVENZIONE DELLE CADUTE (1909)				Dominio	Classe
				IV	T
Definizione: azioni del caregiver o dell'assistito per rendere minimi i fattori di rischio che possono favorire le cadute nell'ambiente di vita.					
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>Chiede assistenza (190923)</i>	1	2	3	4	5
<i>Dispone batterie di protezione per prevenire le cadute (190903)</i>					
<i>Utilizza le barre di sostegno, se necessario (190915)</i>	1	2	3	4	5
<i>Usa tappeti di gomma nella vasca da bagno e nella doccia (190914)</i>	1	2	3	4	5
<i>Utilizza correttamente gli strumenti ausiliari (190901)</i>	1	2	3	4	5
<i>Si procura un'illuminazione adeguata (190922)</i>	1	2	3	4	5
<i>Rimuovere i tappeti (190907)</i>	1	2	3	4	5
<i>Adotta precauzioni quando assume farmaci che aumentano il rischio di cadute (190917)</i>	1	2	3	4	5
<i>Adatta l'altezza del letto, se necessario (190913)</i>	1	2	3	4	5
<i>Adatta l'altezza delle sedie, se necessario (190912)</i>	1	2	3	4	5

TOLLERANZA ALL'ATTIVITA' (0005)					Dominio	Classe
					I	A
Definizione: risposte ai movimenti corporei (che richiedono dispersione di energia) nello svolgimento delle attività di vita quotidiana necessarie o desiderate.						
Misura globale del risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>Saturazione dell'ossigeno sotto sforzo (000501)</i>	1	2	3	4	5	
<i>FC sotto sforzo (000502)</i>	1	2	3	4	5	
<i>FR sotto sforzo (000503)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Colorito della cute (000507)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Andatura (000509)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Tolleranza nel salire le scale (000511)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Facilità nello svolgere le attività di vita quotidiana (ADL) (000518)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Capacità di parlare durante l'attività fisica (000514)</i>	1	2	3	4	5	

CONSERVAZIONE DELL'ENERGIA (0002)					Dominio	Classe
					I	A
Definizione: azioni personali per gestire l'energia necessaria a intraprendere e proseguire una determinata attività.						
Misura globale del risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>Distribuisce attività e riposo in modo equilibrato (000201)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Riposa per recuperare energia (000202)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Riconosce le limitazioni dell'energia (000203)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Organizza le attività in funzione del risparmio dell'energia (000209)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Adatta lo stile di vita al livello dell'energia (000205)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Mantiene un'alimentazione adeguata (000206)</i>	1	2	3	4	5	

CONOSCENZA: REGIME TERAPEUTICO (1823)				Dominio	Classe
				IV	S
Definizione: livello di comprensione manifestato circa uno specifico regime terapeutico.					
Misura globale del risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>Conoscenza del processo patologico (181310)</i>	1	2	3	4	5
<i>Motivi alla base del trattamento (181301)</i>	1	2	3	4	5
<i>Responsabilità di cura di sé durante il trattamento (181302)</i>	1	2	3	4	5
<i>Responsabilità di cura di sé in situazioni di emergenza (181303)</i>	1	2	3	4	5
<i>Effetti attesi del trattamento (181304)</i>	1	2	3	4	5
<i>Attività prescritta (181307)</i>	1	2	3	4	5
<i>Benefici della gestione della malattia (181316)</i>	1	2	3	4	5
<i>Esercizi fisici prescritti (181308)</i>	1	2	3	4	5

CURA DI SÉ: ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA (0300)				Dominio	Classe
				I	D
Definizione: capacità di svolgere i compiti fisici essenziali e le attività legate alla cura di sé quotidiane in modo autonomo con o senza dispositivi ausiliari.					
Misura globale del risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>Mangiare (030001)</i>	1	2	3	4	5
<i>Vestirsi (030002)</i>					
<i>Uso del gabinetto (030003)</i>	1	2	3	4	5
<i>Bagno (030004)</i>	1	2	3	4	5
<i>Cura del proprio aspetto (030005)</i>	1	2	3	4	5
<i>Igiene (030006)</i>	1	2	3	4	5
<i>Igiene orale (030007)</i>	1	2	3	4	5
<i>Deambulazione (030008)</i>	1	2	3	4	5
<i>Mobilità con la sedia a rotelle (030009)</i>	1	2	3	4	5
<i>Prestazioni di trasferimento (030010)</i>	1	2	3	4	5
<i>Auto posizionamento (030012)</i>	1	2	3	4	5

➤ NIC

ESERCIZIO FISICO TERAPEUTICO: DEAMBULAZIONE (0221)	Dominio	Classe
		1

Definizione: promozione e assistenza alla deambulazione per mantenere o ripristinare le funzioni autonome e volontarie del corpo durante il trattamento e il recupero da una malattia o da un trauma.

GESTIONE DELL'ENERGIA (0180)	Dominio	Classe
		1

Definizione: regolazione dell'utilizzo dell'energia per trattare o prevenire la fatigue e ottimizzare le varie funzioni.

PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA (0200)	Dominio	Classe
		1

Definizione: promozione di una regolare attività fisica per mantenere o migliorare la forma fisica e la salute.

CONDIVISIONE DI OBIETTIVI (4410)	Dominio	Classe
		3

Definizione: collaborazione con l'assistito per identificare gli obiettivi dell'assistenza e stabilirne il grado di priorità, allo scopo di elaborare un piano per il loro raggiungimento

INSEGNAMENTO: ATTIVITÀ FISICA PRESCRITTA (5612)	Dominio	Classe
		3

Definizione: educazione dell'assistito a raggiungere e/o mantenere il livello di attività prescritta.

ESEMPIO DI POSSIBILI ATTIVITA' CORRELATE:

ATTIVITA'	RAZIONALE
Incoraggiare l'assistito a progredire nell'attività fisica durante ogni turno, per quanto indicato. a) Iniziare con la posizione seduta e le gambe fuori dal letto; sostenere la persona dal lato. b) Porre il letto in posizione elevata e sollevata la testata. c) Incoraggiare l'assistito ad aumentare l'attività quando il dolore è minimo o dopo che gli interventi di gestione del dolore hanno avuto effetto.	L'aumento graduale dell'attività consente al sistema cardiopolmonare dell'assistito di ritornare alle condizioni preoperatorie senza uno sforzo eccessivo. a) Dondolare le gambe fuori dal letto riduce l'ipotensione ortostatica. b) Il sollevamento della testata del letto riduce la tensione sulle linee di sutura.
Verificare la presenza di risposte anomale all'aumento dell'attività: a) Frequenza del polso diminuita. b) Pressione arteriosa sistolica diminuita o invariata. c) Aumento o diminuzione eccessiva della frequenza respiratoria. d) Confusione o vertigini riferite.	La tolleranza all'attività fisica dipende dalla capacità dell'assistito di adattarsi alle richieste fisiologiche dovute all'aumento di attività. Le risposte immediate all'attività da considerare attese sono rappresentate dall'aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa e della frequenza e profondità del respiro.
Stabilire linee guida e gli obiettivi per il programma di attività con l'assistito e il caregiver.	La motivazione aumenta se l'assistito partecipa alla definizione degli obiettivi.
Incoraggiare periodi di riposo adeguati, soprattutto prima dei pasti, altre ADL, sessioni di esercizio fisico, e la deambulazione.	Il riposo tra le attività garantisce un tempo di recupero e il mantenimento del livello di energia.
Fornire all'assistito gli strumenti di supporto necessari per il completamento delle ADL.	Aiuti appropriati consentiranno alla persona di raggiungere l'autonomia ottimale nella cura di sé e di ridurre il dispendio di energia durante l'attività.
Incoraggiare la persona a parlare dei sentimenti che prova a riguardo delle limitazioni.	Riconoscere che vivere con un problema di salute come l'intolleranza all'attività è difficile sia fisicamente sia emotivamente.

8) GESTIONE DELLA SALUTE INEFFICACE

MODELLO FUNZIONALE DI RIFERIMENTO SECONDO GORDON	DIAGNOSI INFERMIERISTICA (NANDA-I)	OUTCOME (NOC)	INTERVENTI (NIC)
	GESTIONE DELLA SALUTE INEFFICACE (00078)	Deambulazione (0200)	Esercizio fisico terapeutico: deambulazione (0211)
		Comportamenti di prevenzione cadute (1909)	Gestione dell'energia (0180)
		Mobilità (0208)	Promozione dell'attività fisica (0200)
			Condivisone di obiettivi (4410)

➤ NANDA-I

GESTIONE DELLA SALUTE INEFFICACE (00078)	Dominio	Classe	Focus
	1	2	Gestione della salute

Definizione: modello di regolazione e integrazione nella vita quotidiana di un regime terapeutico per il trattamento di una malattia e delle sue sequele, inadeguato per il raggiungimento di specifici obiettivi di salute.

➤ NOC

DEAMBULAZIONE (0200)			Dominio	Classe	
			I	C	
Definizione: azioni personali per camminare in modo autonomo da un luogo ad un altro, con o senza l'utilizzo di dispositivi ausiliari.					
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>Regge il peso corporeo (020001)</i>	1	2	3	4	5
<i>Cammina con andatura efficace (020002)</i>	1	2	3	4	5
<i>Sale i gradini (020006)</i>	1	2	3	4	5
<i>Scende i gradini (020007)</i>	1	2	3	4	5
<i>Sale i piani inclinati (020008)</i>	1	2	3	4	5
<i>Scende i piani inclinati (020009)</i>	1	2	3	4	5
<i>Cammina nell'abitazione (020015)</i>	1	2	3	4	5
<i>Aggira gli ostacoli (020017)</i>	1	2	3	4	5
<i>Si adatta alle differenti superfici calpestabili (020016)</i>	1	2	3	4	5

COMPORAMENTI DI PREVENZIONE DELLE CADUTE (1909)				Dominio	Classe
				IV	T
Definizione: azioni del caregiver o dell'assistito per rendere minimi i fattori di rischio che possono favorire le cadute nell'ambiente di vita.					
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>Chiede assistenza (190923)</i>	1	2	3	4	5
<i>Dispone batterie di protezione per prevenire le cadute (190903)</i>					
<i>Utilizza le barre di sostegno, se necessario (190915)</i>	1	2	3	4	5
<i>Usa tappeti di gomma nella vasca da bagno e nella doccia (190914)</i>	1	2	3	4	5
<i>Utilizza correttamente gli strumenti ausiliari (190901)</i>	1	2	3	4	5
<i>Si procura un'illuminazione adeguata (190922)</i>	1	2	3	4	5
<i>Rimuovere i tappeti (190907)</i>	1	2	3	4	5
<i>Adotta precauzioni quando assume farmaci che aumentano il rischio di cadute (190917)</i>	1	2	3	4	5
<i>Adatta l'altezza del letto, se necessario (190913)</i>	1	2	3	4	5
<i>Adatta l'altezza delle sedie, se necessario (190912)</i>	1	2	3	4	5

MOBILITA' (0208)				Dominio	Classe
				I	C
Definizione: capacità di muoversi intenzionalmente e volontariamente nel proprio ambiente in modo autonomo con o senza ausiliari.					
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>Equilibrio (020801)</i>	1	2	3	4	5
<i>Andatura (020810)</i>	1	2	3	4	5
<i>Movimento dei muscoli (020803)</i>	1	2	3	4	5
<i>Movimento delle articolazioni (020804)</i>	1	2	3	4	5
<i>Muoversi con agilità (020814)</i>	1	2	3	4	5

➤ NIC

➤ ESERCIZIO FISICO TERAPEUTICO: DEAMBULAZIONE (0221)	Dominio	Classe
		1

Definizione: promozione e assistenza alla deambulazione per mantenere o ripristinare le funzioni autonome e volontarie del corpo durante il trattamento e il recupero da una malattia o da un trauma.

GESTIONE DELL'ENERGIA (0180)	Dominio	Classe
		1

Definizione: regolazione dell'utilizzo dell'energia per trattare o prevenire la fatica e ottimizzare le varie funzioni.

PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA (0200)	Dominio	Classe
		1

Definizione: promozione di una regolare attività fisica per mantenere o migliorare la forma fisica e la salute.

CONDIVISIONE DI OBIETTIVI (4410)	Dominio	Classe
		3

Definizione: collaborazione con l'assistito per identificare gli obiettivi dell'assistenza e stabilirne il grado di priorità, allo scopo di elaborare un piano per il loro raggiungimento

9) RISCHIO DI TROMBOEMBOLISMO VENOSO

MODELLO FUNZIONALE DI RIFERIMENTO SECONDO GORDON	DIAGNOSI INFERMIERISTICA (NANDA-I)	OUTCOME (NOC)	INTERVENTI (NIC)
	RISCHIO DI TROMBOEMBOLISMO VENOSO (00268)	Perfusione tissutale: periferica (0407)	Assistenza circolatoria: insufficienza venosa (4066)

➤ NANDA-I

RISCHIO DI TROMBOEMBOLISMO VENOSO (00268)	Dominio	Classe	Focus
	11	2	Tromboembolismo venoso

Definizione: suscettibilità a sviluppo di un coagulo ematico in una vena profonda, di solito nella coscia, nel polpaccio o nell'arto superiore, che può distaccarsi e posizionarsi in un altro vaso sanguigno, che può compromettere la salute.

➤ NOC

PERFUSIONE TISSUTALE: PERIFERICA (0407)			Dominio	Classe	
			II	E	
Definizione: flusso ematico attraverso i piccoli vasi degli arti adeguato a mantenere la funzione tissutale.					
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
Riempimento capillare delle dita delle mani (040715)	1	2	3	4	5
Riempimento capillare delle dita dei piedi (040716)	1	2	3	4	5
Temperatura della cute degli arti (040710)	1	2	3	4	5
Forza del polso femorale (sx) (040737)	1	2	3	4	5
Forza del polso femorale (dx) (040736)	1	2	3	4	5
PA sistolica (040727)	1	2	3	4	5
PA diastolica (040728)	1	2	3	4	5
PA media (040740)	1	2	3	4	5
Murmuri agli arti (040711)	1	2	3	4	5
Necrosi (040729)	1	2	3	4	5
Insensibilità (040741)	1	2	3	4	5
Rossore (040747)	1	2	3	4	5
Fessurazioni cutanee (040746)	1	2	3	4	5

➤ **NIC**

ASSISTENZA CIRCOLATORIA: INSUFFICIENZA VENOSA (4066)	Dominio	Classe
	2	N
Definizione: promozione della circolazione venosa.		

ESEMPIO DI POSSIBILI ATTIVITA' CORRELATE:

ATTIVITA'	RAZIONALE
Valutare il gonfiore delle gambe	Eccetto per piccole differenze, i polpacci dovrebbero aver approssimativamente la stessa circonferenza. Il gonfiore unilaterale potrebbe indicare tromboflebite o TVP.
Valutare cambiamenti nel colore della cute, temperatura o distensione delle vene nelle gambe.	Rossore, calore ed edema su una vena sono associati alla tromboflebite superficiale. Questi cambiamenti aumentano il rischio di TVP
Valutare il dolore alla compressione del polpaccio o alla dorsiflessione del piede (segno di Homan).	Il segno di Homan può essere un indice di TVP
Rivedere la documentazione medica dell'assistito per informazioni riguardo la durata delle procedura chirurgica e il posizionamento dell'assistito durante l'intervento.	L'immobilità prolungata durante la procedura chirurgia contribuisce alla stasi del sangue, a rallentare la circolazione e alla formazione di trombi.
Rinforzare o incoraggiare l'esecuzione di esercizi per le gambe, già consigliati in fase peri operatoria	La contrazione dei muscoli delle gambe diminuisce la stasi venosa e promuove un buon ritorno venoso.
Usare calze anti-trombo o dispositivi di compressione sequenziale mentre l'assistito è a letto.	Promuovono il flusso di sangue venoso e riducono il ristagno venoso.
Incoraggiare a non incrociare le gambe al ginocchio o alla caviglia mentre si trova a letto.	Diminuisce il ritorno venoso.
Somministrare terapia profilattica anticoagulante come prescritto.	Prevenire la formazione di trombi attraverso l'uso di eparina a dose minima.
Incoraggiare l'assunzione di liquidi per via orale	Un'adeguata idratazione riduce l'emoconcentrazione e il rischio di TVP.

COMMENTO

Consiste nell'insorgenza di fenomeni trombotici a carico delle vene profonde degli arti inferiori e le sue maggior complicanze sono rappresentate dall'embolia polmonare che si verifica quando un frammento di trombo si stacca e passa in circolo per andarsi a fermare a livello della arterie polmonare e dalla sindrome post-trombotica ovvero edema degli arti inferiori, pigmentazione della gamba, dolenza. (Borrelli, Rainò, Didio, & Sauna, 2003) (Brunner, 2010) (Ministero della Salute, 2013).

10) CONOSCENZA INSUFFICIENTE

MODELLO FUNZIONALE DI RIFERIMENTO SECONDO GORDON	DIAGNOSI INFERMIERISTICA (NANDA-I)	OUTCOME (NOC)	INTERVENTI (NIC)
	CONOSCENZA INSUFFICIENTE (00126)		Insegnamento: processo patologico (5602)
		Conoscenza: dieta prescritta (1802)	Insegnamento: dieta prescritta (5614)
		Conoscenza: regime terapeutico (1813)	Insegnamento: attività fisica prescritta (5612)
		Conoscenza: attività prescritta (1811)	Insegnamento: abilità psicomotoria (5620)
			Insegnamento: farmaci prescritti (5616)

➤ NANDA-I

CONOSCENZA INSUFFICIENTE	Dominio	Classe	Focus
	5	4	Conoscenze

Definizione: mancanza di informazioni cognitive correlate a uno specifico argomento o alla sua acquisizione.

➤ NOC

CONOSCENZA: REGIME TERAPEUTICO (1823)				Dominio	Classe
				IV	S
Definizione: livello di comprensione manifestato circa uno specifico regime terapeutico.					
Misura globale del risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>Conoscenza del processo patologico (181310)</i>	1	2	3	4	5
<i>Motivi alla base del trattamento (181301)</i>	1	2	3	4	5
<i>Responsabilità di cura di sé durante il trattamento (181302)</i>	1	2	3	4	5
<i>Responsabilità di cura di sé in situazioni di emergenza (181303)</i>	1	2	3	4	5
<i>Effetti attesi del trattamento (181304)</i>	1	2	3	4	5
<i>Attività prescritta (181307)</i>	1	2	3	4	5
<i>Benefici della gestione della malattia (181316)</i>	1	2	3	4	5
<i>Esercizi fisici prescritti (181308)</i>	1	2	3	4	5

CONOSCENZE: DIETA PRESCRITTA (1802)				Dominio	Classe
				IV	S
Definizione: livello di comprensione manifestato riguardo il regime alimentare raccomandato da un professionista della salute per una specifica condizione di salute.					
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>Dieta prescritta (180201)</i>	1	2	3	4	5
<i>Benefici della dieta (180202)</i>	1	2	3	4	5
<i>Obiettivi della dieta (180204)</i>	1	2	3	4	5
<i>Pasti raccomandati distribuiti nell'arco della giornata (180222)</i>	1	2	3	4	5
<i>Linee guida per la preparazione dei cibi (180209)</i>	1	2	3	4	5
<i>Pianificazione della dieta in base alla situazione sociale (180213)</i>	1	2	3	4	5
<i>Attività di autocontrollo (180217)</i>	1	2	3	4	5
<i>Possibili interazioni alimenti e farmaci (180215)</i>	1	2	3	4	5
<i>Pratiche per una sana alimentazione (180220)</i>	1	2	3	4	5

CONOSCENZA: ATTIVITA' PRESCRITTA (1811)				Dominio	Classe
				IV	S
Definizione: livello di comprensione manifestato sull'attività fisica raccomandata da un professionista della salute per una specifica patologia.					
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>Attività ed esercizi prescritti (181101)</i>	1	2	3	4	5
<i>Scopo dell'attività prescritta (181102)</i>	1	2	3	4	5
<i>Effetti attesi dell'attività prescritta (181103)</i>	1	2	3	4	5
<i>Preoccupazioni per l'attività prescritta (181104)</i>	1	2	3	4	5
<i>Strategie per evitare lesioni (181122)</i>	1	2	3	4	5
<i>Strategie per aumentare gradualmente l'attività prescritta (181107)</i>	1	2	3	4	5
<i>Strategia per monitorare i progressi nell'attività prescritta (181124)</i>	1	2	3	4	5
<i>Ostacoli alla realizzazione del programma di attività prescritta (181110)</i>	1	2	3	4	5
<i>Corretta attuazione dell'attività prescritta (181112)</i>	1	2	3	4	5
<i>Benefici dell'attività prescritta (181120)</i>	1	2	3	4	5

➤ NIC

INSEGNAMENTO: PROCESSO PATOLOGICO (5602)	Dominio	Classe
	3	S
Definizione: assistere una persona nella comprensione delle informazioni relative a uno specifico processo morboso.		

INSEGNAMENTO: DIETA PRESCRITTA (5614)	Dominio	Classe
	3	S
Definizione: educazione dell'assistito a seguire correttamente una dieta prescritta.		

INSEGNAMENTO: ATTIVITÀ FISICA PRESCRITTA (5612)	Dominio	Classe
	3	S
Definizione: educazione dell'assistito a raggiungere e/o mantenere il livello di attività prescritta.		

INSEGNAMENTO: ABILITÀ PSICOMOTORIA (5620)	Dominio	Classe
	3	S
Definizione: educazione dell'assistito a esprimere un'abilità psicomotoria.		

INSEGNAMENTO: FARMACI PRESCRITTI (5616)	Dominio	Classe
	2 (3)	H (S)
Definizione: educazione dell'assistito ad assumere in sicurezza i farmaci prescritti e a monitorare gli effetti.		

ESEMPI DI POSSIBILI ATTIVITA' CORRELATE:

ATTIVITA'	RAZIONALE
<p>Educare l'assistito ad effettuare una cura della ferita appropriata:</p> <p>a) Incisione chiusa: i punti metallici o le suture e le medicazioni possono essere rimosse alla dimissione, e possono essere posizionati gli Steri-strip</p> <p>b) Ferite aperte: richiedono due volte al gg una medicazione wet-to-dry di soluzione salina, fino a che la ferita presenta tessuto di granulazione sufficiente alla loro chiusura.</p>	<p>a) Mantengono accostati i lembi della ferita e dovrebbero essere lasciati in sede fino a che non cadono.</p> <p>b) Obiettivo del debridement meccanico della ferita. Lo strato umido aumenta la capacità di assorbimento della medicazione per raccogliere essudato.</p>
<p>Educare l'assistito riguardo alla ripresa dell'attività in base alla specifica procedura chirurgica.</p>	<p>I familiari e l'assistito hanno bisogno di specifiche linee guida scritte per prendere decisioni appropriate circa le attività come alzarsi, guidare, lavarsi, fare esercizio e tornare a lavoro.</p>
<p>Fornire all'assistito e ai suoi familiari informazioni riguardo alla terapia di follow-up.</p>	<p>Gli assistiti e i componenti della famiglia possono avere necessità di pianificare appuntamenti per la terapia di follow-up e di avere dei referenti per specificare informazioni.</p>
<p>Educare l'assistito a rivolgersi al medico per ognuna delle seguenti situazioni: dolore costante, febbre, rossore o dolore inusuale in qualsiasi incisione, drenato della ferita maleodorante e separazione dei lembi della ferita.</p>	<p>Per una buona guarigione, l'assistito e i componenti della famiglia devono sapere come identificare i problemi e cosa fare quando si verificano.</p>

11) RISCHIO DI VOLUME DI LIQUIDI INSUFFICIENTE

MODELLO FUNZIONALE DI RIFERIMENTO SECONDO GORDON	DIAGNOSI INFERMIERISTICA (NANDA-I)	OUTCOME (NOC)	INTERVENTI (NIC)
	RISCHIO DI VOLUME DI LIQUIDI INSUFFICIENTE (00028)	Bilancio idrico (0601)	Gestione dei liquidi e degli elettroliti (2080)
		Idratazione (0602)	Sorveglianza (6650)

➤ NANDA-I

RISCHIO DI VOLUME DI LIQUIDI INSUFFICIENTE (00028)	Dominio	Classe	Focus
	2	5	Volume di liquidi

Definizione: suscettibilità a riduzione del volume di liquidi intravascolari, interstiziali e/o intracellulari, che può compromettere la salute.

➤ NOC

BILANCIO IDRICO (0601)		Dominio	Classe		
		II	G		
Definizione: equilibrio dell'acqua nei compartimenti corporei intra ed extra cellulari.					
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno
INDICATORI					
<i>PA (060101)</i>	1	2	3	4	5
<i>FC (060122)</i>	1	2	3	4	5
<i>PA media (060102)</i>	1	2	3	4	5
<i>Polsi periferici (060105)</i>	1	2	3	4	5
<i>Bilancio tra assunzione ed eliminazione nelle 24 ore (060107)</i>	1	2	3	4	5
<i>Stabilità del peso corporeo (060109)</i>	1	2	3	4	5
<i>Umidità delle membrane (060117)</i>	1	2	3	4	5
<i>Ematocrito (060119)</i>	1	2	3	4	5
<i>Ipotensione ortostatica (060106)</i>	1	2	3	4	5
<i>Edema periferico (060112)</i>	1	2	3	4	5
<i>Sete (060115)</i>	1	2	3	4	5
<i>Confusione (060114)</i>	1	2	3	4	5

IDRATAZIONE (0602)					Dominio	Classe
					II	G
Definizione: adeguata distribuzione dell'acqua nei compartimenti corporei intra ed extra cellulari.						
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>Turgore cutaneo (060201)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Umidità delle mucose (060202)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Assunzione adeguata di liquidi (060215)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Emissione di urina (060211)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Funzioni cognitive (060218)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Sete (060205)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Urine scure (060219)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Polsi rapidi e deboli (060221)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Aumento dell'ematocrito (060213)</i>	1	2	3	4	5	

➤ **NIC**

GESTIONE DEI LIQUIDI E DEGLI ELETTROLITI (2080)			Dominio	Classe
			2	G/N
Definizione: monitoraggio e mantenimento dell'equilibrio elettrolitico e prevenzione di complicanze derivanti da livelli alterati di liquidi e/o di elettroliti.				

SORVEGLIANZA (6650)			Dominio	Classe
			4	V
Definizione: acquisizione significativa e progressiva dei dati della persona, loro interpretazione e sintesi per il processo decisionale clinico.				

ESEMPI DI POSSIBILI ATTIVITA' CORRELATE

ATTIVITA'	RAZIONALE
Monitoraggio e segnalazione ogni sanguinamento postoperatorio. Marcare l'estensione del drenaggio dalle incisioni.	Il sanguinamento da un'incisione deriva di solito da un tessuto sottocutaneo; questo si manifesta con un aumento della quantità di sangue drenato sulle medicazioni.
Valutare lo stato di idratazione: a) Monitoraggio PA e FC b) Controllare le mucose, turgore cutaneo e la sete c) Monitorare la duresi d) Monitorare, registrare e segnalare la presenza di vomito, materiale drenato da SNG e drenaggio chirurgico.	a) Possono indicare un'ipovolemia b) Si verifica una secchezza in condizioni di scarsa idratazione c) Una quantità di urina <30ml/h indica un'adeguata idratazione. d) La ferita del drenaggio, il tubo di drenaggio e il vomito possono essere fonte di perdita di liquida dal corpo.
Assicurare l'igiene orale ogni 4 ore. Somministrare liquidi ev come prescritto	La cura orale stimola la secrezione salivare e fornisce sollievo alla bocca asciutta. Prescritti per correggere il deficit del volume dei liquidi

12) LIBERAZIONE DELLE VIE AEREE INEFFICACE

MODELLO FUNZIONALE DI RIFERIMENTO SECONDO GORDON	DIAGNOSI INFERMIERISTICA (NANDA-I)	OUTCOME (NOC)	INTERVENTI (NIC)
	LIBERAZIONE DELLE VIE AEREE INEFFICACE (00031)	Stato respiratorio: pervietà delle vie aeree (0410)	Stimolazione della tosse (3250) Vie aeree: gestione (3140) Vie aeree: aspirazione (3160)

➤ NANDA-I

LIBERAZIONE DELLE VIE AEREE INEFFICACE (00031)	Dominio	Classe	Focus
	11	2	Liberazione delle vie aeree
Definizione: incapacità di rimuovere le secrezioni o le ostruzioni dal tratto respiratorio al fine di mantenere la pervietà delle vie aeree.			

➤ NOC

STATO RESPIRATORIO: PERVIETÀ DELLE VIE AEREE (0410)					Dominio	Classe
					II	E
Definizione: grado di pervietà delle vie tracheobronchiali						
Misura globale di risultato	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno	
INDICATORI						
<i>FR (041004)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Ritmo respiratorio (041005)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Capacità di rimuovere le secrezioni (041012)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Ansimare (041014)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Tosse (041019)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Accumulo di espettorato (041020)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Respiro agonico (041021)</i>	1	2	3	4	5	
<i>Uso di muscoli accessori (041018)</i>	1	2	3	4	5	

➤ NIC

STIMOLAZIONE DELLA TOSSE (3250)	Dominio	Classe
	2	K
Definizione: stimolazione dell'inspirazione profonda, con conseguente creazione di un'elevata pressione intratoracica e successiva espirazione forzata a glottide chiusa.		

VIE AEREE: GESTIONE (3140)	Dominio	Classe
	2	K
Definizione: mantenimento della pervietà delle vie aeree.		

VIE AEREE: ASPIRAZIONE (3160)	Dominio	Classe
	2	K
Definizione: rimozione delle secrezioni dalle vie aeree mediante l'introduzione di un sondino per aspirazione nel faringe e/o nella trachea.		

ESEMPI DI POSSIBILI ATTIVITA' CORRELATE

ATTIVITA'	RAZIONALE
Assistere l'assistito nelle manovre per stimolare la tosse e la respirazione.	La tosse è il sistema più efficace per rimuovere la maggior parte delle secrezioni. La respirazione profonda favorisce l'ossigenazione prima di stimolare la tosse. La persona può non riuscire ad effettuare autonomamente la manovra e richiede assistenza.
Insegnare all'assistito quanto segue: a) La posizione ottimale (posizione seduta) b) L'uso di cuscini o delle mani quando si tossisce. c) L'uso dei muscoli addominali per una tosse più efficace d) L'uso dello spirometro incentivante	
Mantenere ossigeno umidificato come prescritto.	Aumentando l'umidità dell'aria inspirata diminuirà la viscosità delle secrezioni e ne riduce la viscosità. È più facile per l'assistito la rimozione delle secrezioni.

CONCLUSIONI

Il processo di assistenza è un approccio sistematico di problem solving utilizzato dagli infermieri per identificare e trattare le risposte umane, di individui, famiglie e comunità, a problemi di salute.

Lo studio vuole essere quindi un incentivo all'implementazione e diffusione della pianificazione assistenziale infermieristica nella realtà clinica. L'obiettivo è quello di sottolineare come nella realtà dell'assistenza, l'uso di strumenti che consentano la valutazione e la gestione dei bisogni di salute attraverso modelli teorici, metodo scientifico, oggettivizzazione dei dati e soprattutto un linguaggio infermieristico standardizzato, permettano l'erogazione di un'assistenza personalizzata.

Il grande "potere" del piano assistenziale è quello di darsi la possibilità di andare a pianificare, gestire ed attuare interventi infermieristici in base ai risultati di salute attesi, ma non solo dell'aspetto fisico della malattia ma dando largo sviluppo e attenzione agli aspetti psicologici, emozionali e spirituali. Migliora sensibilmente la possibilità di comunicazione non solo tra infermieri ma anche con le altre professioni, promuovendo un'assistenza basata su scienza e disciplina.

L'efficacia della sua attuazione si va a riversare non solo sul paziente, dandogli la posizione di attore proattivo del suo percorso di salute, ma ha un grande effetto anche sulla professione infermieristica; l'infermiere non è più il semplice operatore/esecutore che sotto la supervisione del medico esegue le mansioni che gli vengono assegnate, ma, grazie anche a questo strumento, è un professionista che ha la sua autonomia professionale e, soprattutto, potere decisionale nella cura del malato.

Spero che questo studio possa fungere da stimolo per ulteriori ricerche in questo ambito, perché senza la promozione di questi strumenti verrebbero meno altri aspetti come la ricerca, la diffusione della cultura e della disciplina infermieristica.

BIBLIOGRAFIA

- Ambrosio, F., Casarotto, D., Daniele, E., De Lorenzi, L., Mancini, S., Masini, A., . . . Stivanello, L. (2010, 12 9). *LINEA GUIDA INTERAZIENDALE - Gestione del Dolore Acuto Post-Operatorio nel paziente adulto*. Tratto da Unipd: <https://www.sdb.unipd.it/linea-guida-dolore-postoperatorio-09122010>
- Badia, J., Casey, A., Petrosillo, N., Hudson, P., Mitchell, S., & Crosby, C. (2017, May). *Impact of curgical site infection on healthcare costs and patiente outcomes: a systematic review in six European countries*. Tratto da PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28410761>
- Berrios-Torres, S., Umscheid, C., Bratzler, D., Leas, B., Stone, E., Kels, R., . . . Schecter, W. (2017, Aprile-giugno). Linee guida CDC per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico. (A. G. Mezzoiuso, & M. Moro, A cura di) *GImPIOS*, Vol. 7 n.2.
- Borrelli, F., Rainò, T., Didio, M., & Sauna, G. (2003). *Elastocompressione nella prevenzione della trombosi venosa*. Tratto da Evidencebasednursing: http://www.evidencebasednursing.it/nuovo/Pubblicazioni/revisioni/revisioni%20centro%20ebn/rev_vecchie/14vene1.pdf
- Brunner, S. (2010). *Infermieristica medico-chirurgica*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2014). *Classificazione NIC degli interventi infermieristici* (2° ed.). (L. A. Rigon, A cura di, V. Agostinelli, A. Di Giovannantonio, M. Merlini, & V. Novi, Trad.) Milano: Casa editrice Ambrosiana.
- Carpenito, L. J. (2017). *Piani di assistenza infermieristica. Assistenza infermieristica centrata sulla persona assistita e sulla famiglia: trasferimento dell'ambito ospedaliero a quello domiciliare*. (3° ed.). Milano: Casa editrice Ambrosiana.
- Cavallini, M. C. (2015, 11 26). *La malnutrizione in struttre di long term care*. Tratto da SIGG - Società Italiana di Gerontologia e Geriatria: https://www.sigg.it/assets/congressi/60-congresso-nazionale-sigg/slide/25_Cavallini.pdf
- Celeri Bellotti, G., & Destrebecq, A. L. (2013). *Storia dell'assistenza e dell'assistenza infermieristica in Occidente. Dall Preistoria all'Età moderna*. Padova: Piccin.
- Fanelli, A., Divella, M., Compagnone, C., Gazzero, G., Marinangeli, F., Rossi, M., & Corcione, A. (2019, 08 01). *Gestione e trattamento del Dolore Acuto Post-operatorio (DAP)*. Tratto da SIAARTI: <http://www.siaarti.it/SiteAssets/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=%2FSiteAssets%2FRicerca%2Fbuona%2Dpratica%2Dclinica%2Dsiaarti%2Ddolore%2Dacuto%2Dpostoperatorio&FolderCTID=0x012000A28CC7225C9BD943879E6DF9558AD33E&View=%7BA2A27B77%2DEB2D%2D4246%2D9F96%2DCA3>
- Ghetti, A., Lama, A., Forloni, G., Raggiotto, L., & Ropa, A. (2018, Luglio 17). *Protocollo riabilitativo dell'utente sottoposto ad intervento di chirurgia toracica*. Tratto da AOSP: https://www.aosp.bo.it/reparti_servizi/evidencebasednursing/nuovo/Pubblicazioni/revisioni/fisioterapisti/Protocolli_Chir_Toracica.pdf

- Greenberger, N. J. (2018, Maggio). *Stipsi*. Tratto da Manuale MSD: <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-gastrointestinali/sintomi-dei-disturbi-gastrointestinali/stipsi?query=stipsi>
- Grieve, R. (2002). Day surgery preoperative anxiety reduction coping strategies. *Br J Nurs*, 11, 670-678.
- Gulanick, M., & Myles, J. L. (2016). *Piani di assistenza infermieristica, diagnosi infermieristiche, risultati di salute e interventi infermieristici*. Milano: Casa editrice Ambrosiana.
- INRCA. (s.d.). *INRCA - IRCSS*. Tratto da <https://www.inrca.it/>
- INRCA. (s.d.). *INRCA-IRCCS*. Tratto da <https://www.inrca.it/>
- Lazzieri, M., Clini, E. M., Repossini, E., & Corrado, A. (2006). *Esame clinico e valutazione in riabilitazione respiratoria*. ((. d. ARIR, & (. AIPO , A cura di) Elsevier.
- Manzoni, E. (2016). *Le radici e le foglie. Una visione storico-epidemiologica della disciplina infermieristica*. (2° ed.). Milano: Casa editrice Ambrosiana.
- Manzoni, E., Lusignagni, M., & Mazzoleni, B. (2019). *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica* (2° ed.). Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Ministero della Salute. (2013, febbraio 2013). *Trombosi venosa profonda*. Tratto da Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=70&area=Malattie_car_diovascolari
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). *Classificazione NOC dei risultati infermieristici* (2° ed.). (L. A. Rigon, A cura di, F. Dellafiore, P. Di Giacomo, G. Lucidi, A. Scisciani, & M. Zanarella, Trad.) Milano: Casa editrice Ambrosiana.
- NANDA-I. (2018). *Diagnosi infermieristiche. Definizione e classificazione 2018-2020* (7° ed.). (H. T. Herdman, S. Kamitsuru, A cura di, & L. A. Rigon, Trad.) Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Romanini, E., Tucci, G., & Zanolì, G. (2018). Linee Guida SIOT. Prevenzione delle infezioni in chirurgia ortopedica. (SIOT, A cura di) *Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia*(44), 6-29.
- Saiani, L., & Brugnolli, A. (2014). *Trattato di cure infermieristiche* (2° ed., Vol. Primo). Napoli: Idelson-Gnocchi.
- San Girolamo. (399). Ad Oceanum, de morte Fabiolae. In *Epistola 77*.
- Vaughn, F., Wichowsky, H., & Bosworth, G. (2007). Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? *AORN J*, 85, 689-604.
- WHO, W. (2016). *Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Wilkinson, J. M. (2009). *Processo infermieristico e pensiero critico* (2° ed.). (D. Redigolo, A cura di) Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- WUWHS, W. (2008). *Principi di best practice: Le ferite infette nella pratica clinica. Un consenso internazionale*. Londra: MEP Ltd.

Yun, H., Abrishami, A., Peng, P. M., Wong, J., & Chung, F. (2009). Predictors of Postoperative Pain and Analgesic Consumption: A Qualitative Systematic Review. *Anesthesiology*, *111*, 657-677.
Tratto da *Anesthesiology*.

Zoncada, A., Zambolin, G., & Moro, M. (2017, luglio-settembre). Linee guida a confronto: la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico. *GIMPOS*, Vol 7 n.3.

ALLEGATI

ALLEGATO N°1

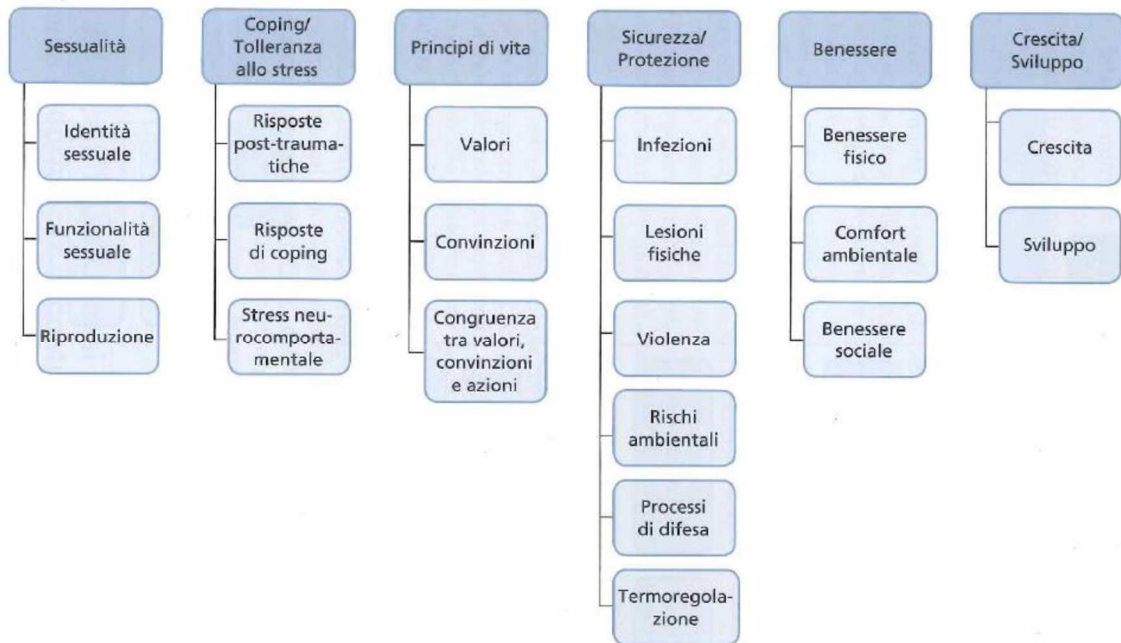


Figura 7.3 Domini e classi della *Tassonomia II* di NANDA-I (parte 2).

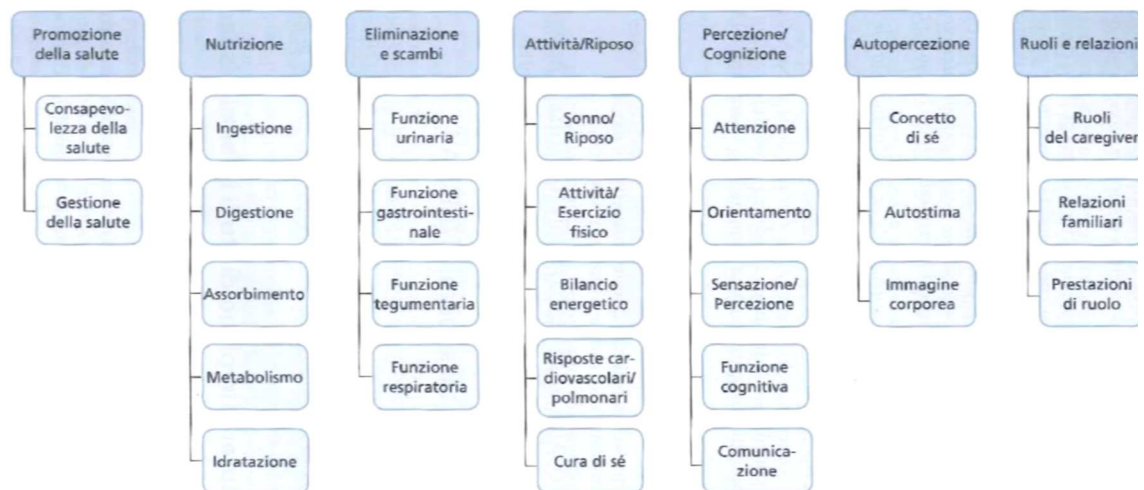
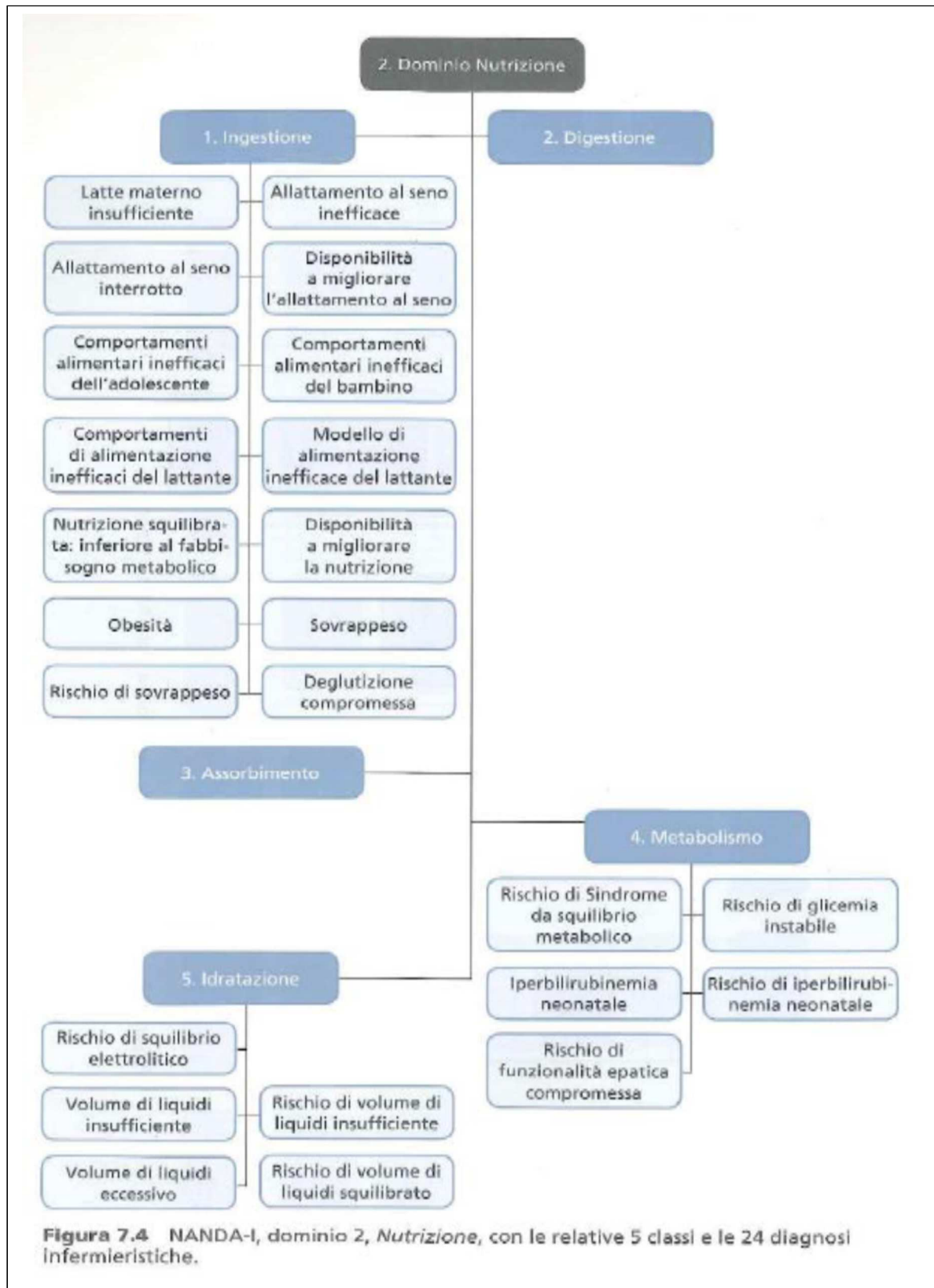


Figura 7.3 Domini e classi della *Tassonomia II* di NANDA-I (parte 1).

ALLEGATO N°2



RINGRAZIAMENTI

I miei più sinceri ringraziamenti vanno al il dott. Maurizio Mercuri, mio relatore nonché mio tutor, professore e direttore del canale. Per la passione che è riuscito a trasmettermi, per la fiducia che in questi anni ha riposto in me e perché non ha mai smesso di spronarmi a dare il massimo. Un grazie speciale anche al dott. Sandro Ortolani che con la sua ironia mi ha sempre strappato un sorriso e che, nonostante la situazione personale che sta affrontando, credo sia fiero del traguardo che oggi ho raggiunto. Alle mie tutor ed ex-tutor la Dott.ssa Marchetti, la Dott.ssa Lampisti, la Dott.ssa Giacani e la Dott.ssa Strologo, che mi hanno accompagnato passo dopo passo in questo percorso. Un sincero ringraziamento alla Dott.ssa Cristiana Marzocchi per l'opportunità datami nello studiare questo elaborato e la realtà dell'INRCA da vicino.

Il più grande abbraccio va alla mia famiglia che non mi ha mai lasciato solo e che mi ha permesso di essere l'uomo che sono oggi. A mio padre e mia madre in particolar modo che mi hanno dato fiducia anche nei momenti in cui io volevo fare da solo, a loro che mi hanno trasmesso il rispetto per gli altri e l'umiltà, qualità che ogni infermiere deve avere. Un grazie anche ai miei nonni che hanno aiutato i miei genitori nella mia crescita e mi hanno sempre amato.

A Federica che mi ha accompagnato lungo questa strada come grande consigliera e "terapeuta" del sorriso, non smettendo mai di tenermi per mano.

Un grandissimo pensiero e un'immensa gratitudine a tutti i miei compagni di corso: Safè, Luca, Debora, Alessia, Lisa, Alessandra, Alessia, Francesca e Michela. Un particolare ringraziamento va a: Arianna, Margherita e Giusy, per questi anni di lavoro e sacrificio, ma anche tempo di immense risate, esperienze, aiuto e crescita nella diversità.

Alla mia famiglia "anconetana": Miseri, Fara, Laura, Alessia. Grazie per la loro amicizia e lealtà e per aver trasformato una casa dapprima vuota e sconosciuta in un luogo dove cercare conforto e forza ogni giorno.

Ad Antonio, un uomo che è sempre rimasto vivo nel mio cuore e nella mia mente, un uomo del quale ancora ricordo lo sguardo! È da quello sguardo pieno di dolcezza che ho capito che questa doveva essere la mia strada.

E da ultimo grazie ad un film, che quando lo vidi per la prima volta ero troppo piccolo per comprenderlo a pieno, ma di sicuro aveva già fatto breccia dentro di me!

"La salute si basa sulla felicità – dall'abbracciarsi e fare il pagliaccio, al trovare la gioia nella famiglia e negli amici, la soddisfazione nel lavoro e l'estasi nella natura e nelle arti."

(PATCH ADAMS)