

PROGETTO CARTELLA INFERMIERISTICA "CASA DI CURA VILLA SILVIA"

INDICE

| | | |
|------------|--|---------------|
| 1 | DEFINIZIONE DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA | pag 2 |
| 2 | DEFINIZIONE DI CARTELLA INFERMIERISTICA | pag 2 |
| 3 | MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO | pag 3 |
| 4 | MODELLO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO | pag 8 |
| 5 | JOB DESCRIPTION - MODALITA' DI COMPILAZIONE | pag 13 |
| 5.1 | RICOVERO INFERMIERISTICO E ASSEGNAZIONE DEL PRIMARY NURSING | pag 13 |
| 5.2 | VALUTAZIONE INFERMIERISTICA AL RICOVERO | pag 13 |
| 5.3 | IDENTIFICAZIONE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE | pag 13 |
| 5.4 | OBIETTIVI | pag 23 |
| 5.5 | PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE | pag 24 |
| 5.6 | VALUTAZIONE DELLA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE IN ITINERE | pag 25 |
| 5.7 | VALUTAZIONE DEL PROCESSO ASSISTENZIALE ALLA DIMISSIONE | pag 25 |
| 5.8 | COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA. | pag 26 |
| | CONCLUSIONI | pag 27 |
| | BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA | pag 28 |

1. DEFINIZIONE DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Iniziamo con una definizione classica: L'**assistenza infermieristica o nursing** è una disciplina focalizzata nell'assistere e prendersi cura degli individui, le famiglie e le comunità per ottenere, riottenere e mantenere salute e funzionalità ottimali. "Funzione specifica dell'infermiere è quella di assistere l'individuo, sano o malato, per aiutarlo a compiere tutti quegli atti tendenti al mantenimento della salute o della guarigione (o prepararlo a morte serena) –atti che compirebbe da solo se disponesse della sua forza, della volontà, o delle cognizioni necessarie- e di favorire la sua partecipazione attiva in modo da aiutarlo a riconquistare il più rapidamente possibile la propria indipendenza" (Virginia Henderson). (da wikipedia.org). Quindi focus dell'assistenza infermieristica è la cura dell'uomo nei suoi bisogni assistenziali. Durante la fase di progettazione della cartella infermieristica si è ritenuto opportuno utilizzare un modello concettuale flessibile e adattabile ai problemi assistenziali che abbracciano gli utenti che afferiscono alla Casa di Cura. Dopo un'attenta analisi dei modelli concettuali è stato scelto il Modello delle Prestazioni Infermieristiche di Marisa Cantarelli, in quanto consente di pianificare l'assistenza con un metodo concettuale scientifico e perfettamente esaustivo per la risoluzione dei bisogni di assistenza infermieristica degli utenti che accedono alla casa di cura. L'Assistenza Infermieristica per la Prof.ssa Marisa Cantarelli è: un comportamento osservabile che si attua mediante lo svolgimento di un complesso di azioni fra loro coordinate, per risolvere un bisogno specifico manifestatosi in un cittadino/malato. Si evince in tale definizione il significato di "azioni fra loro coordinate", la cui interpretazione facilita la pianificazione del processo assistenziale.

2. DEFINIZIONE DI CARTELLA INFERMIERISTICA

Strumento su supporto cartaceo e/o informatico, atto a contenere la registrazione dei dati e l'insieme dei documenti di pertinenza infermieristica sul caso/utente. Certifica e organizza con logica ed efficacia tutte le informazioni e le attività assistenziali della persona, raccolte e/o eseguite dall'infermiere, favorendone la responsabilizzazione. (wikipedia).

E' lo strumento per rendere visibile, osservabile, misurabile ed evidente il processo di assistenza infermieristica e l'applicazione del contenuto specifico del profilo professionale dell'infermiere (Centro Studi EBN). L'evoluzione dell'assistenza, l'affermazione di una maggiore centralità della persona nel percorso di

cura, l'affermazione del nursing come disciplina autonoma fa sì che sempre più l'infermiere sia consapevole del ragionamento diagnostico che lo porta ad identificare i problemi della persona, ad ipotizzare un percorso di risoluzione e, quindi, abbisogna di uno strumento nuovo. Possiamo affermare che la cartella non è semplicemente "uno strumento cartaceo" in quanto ciò che la caratterizza non è tanto la sua grafica o la sua composizione, ma l'applicazione dei contenuti mentali che hanno portato l'Infermiere a ragionare sui fatti, a porsi un programma, a realizzarlo e a valutarlo. La sua struttura consente di individuare le diverse fasi del processo decisionale ed operativo. I termini e le sequenze utilizzate consentono di **uniformare** il comportamento fra i diversi professionisti. Il suo uso quotidiano e diffuso contribuisce a garantire la continuità assistenziale ed a **standardizzare alcuni passaggi fondamentali** del percorso assistenziale. La terminologia utilizzata porta ad uniformare certe valutazioni e giudizi costruendo un linguaggio professionale condiviso. **Obiettivo della Cartella Infermieristica è di rendere reale il concetto di miglioramento continuo dell'assistenza infermieristica al paziente tramite la buona gestione di ogni singola persona assistita**

3. MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO

Come già anticipato il modello teorico concettuale che si è deciso di utilizzare è il Modello delle Prestazioni Infermieristiche della Prof.ssa Marisa Cantarelli. Il modello centra la sua attenzione sul destinatario dell'Assistenza Infermieristica, in particolare "tale rappresentazione esprime la dinamicità della relazione che si stabilisce tra individuo e infermiere: il primo esprime i bisogni che specificatamente richiedono un intervento infermieristico, il secondo declina tale bisogno in una specifica prestazione, erogando azioni compensatorie di assistenza" (Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica – Edoardo Manzoni, pag. 184 – ELSEVIER MASSON).

Focus del modello concettuale:

- Concetto bisogno di assistenza infermieristica. Esigenza da parte dell'uomo di ricevere assistenza infermieristica qualora si verificano particolari condizioni fisiche o psichiche che lo richiedano.
- Il bisogno di assistenza infermieristica può essere soddisfatto unicamente dal professionista Infermiere, in quanto egli possiede la conoscenza, la competenza tecnica e l'indirizzo deontologico che possono portare alla risoluzione del bisogno.
- Uomo/persona, visto come un "insieme" attraverso la teoria dei sistemi

- Salute/malattia e ambiente-società, concetti non statici ma flessibili, legati a ciò che ci circonda: l'uomo stesso ha un concetto di salute diverso spesso riferito anche all'ambiente che lo circonda.

Tre elementi principali:

- 1) La prestazione risolve un bisogno specifico
- 2) La prestazione è un complesso di azioni coordinate
- 3) È un risultato.

Nell'ambito di ciascuna prestazione l'infermiere si preoccuperà di :

- Indirizzare
- Guidare
- Sostenere
- Compensare
- Sostituire

Richiesto >empowerment, >autonomia, >motivazione.

Le azioni sono:

- **Indirizzare:** si intende con tale termine la capacità di orientare l'individuo grazie ad un criterio di scelta ottimale; l'individuo apprese determinate conoscenze è capace di procedere autonomamente;
- **Guidare:** l'Infermiere deve sorreggere la persona nelle proprie scelte poiché essa sia in grado, date determinate conoscenze e compiute alcune scelte, di assolvere ai propri bisogni;
- **Sostenere:** si sostiene quando si contribuisce a mantenere una condizione di stabilità; la persona messa nelle condizioni di farlo è in grado di mantenere una propria stabilità ;
- **Compensare:** con questa parola si intende un intervento riparatore, parziale, a favore di una condizione in parte compromessa;
- **Sostituire:** anche se abbastanza evidente il termine sostituire implica l'espletare in funzioni di altri determinate mansioni con ausili di ogni genere.

| I bisogni di assistenza infermieristica | Per ogni bisogno una prestazione infermieristica |
|--|--|
| 1. bisogno di respirare | 1. assicurare la respirazione |
| 2. bisogno di alimentarsi ed idratarsi | 2. assicurare l'alimentazione e l'idratazione |
| 3. bisogno di eliminazione urinaria ed intestinale | 3. assicurare l'eliminazione urinaria ed intestinale |
| 4. bisogno di igiene | 4. assicurare l'igiene |
| 5. bisogno di movimento | 5. assicurare il movimento |
| 6. bisogno di riposo e sonno | 6. assicurare il riposo ed il sonno |
| 7. bisogno di mantenere la funzione cardiocircolatoria | 7. assicurare la funzione cardiocircolatoria |
| 8. bisogno di un ambiente sicuro | 8. assicurare un ambiente sicuro |
| 9. bisogno di interazione nella comunicazione | 9. assicurare l'interazione nella comunicazione |
| 10. bisogno di procedure terapeutiche | 10. applicare le procedure diagnostiche |
| 11. bisogno di procedure diagnostiche | 11. eseguire le procedure diagnostiche |

LA PRESTAZIONE INFERMIERISTICA E' UN COMPLESSO DI AZIONI COORDINATE

Le azioni sono da considerarsi come un insieme di atti fisici e/o verbali e/o mentali condotti secondo una successione logica, che l'infermiere può eseguire per raggiungere un obiettivo specifico.

Più atti costituiscono quindi un'azione, mentre più azioni finalizzate alla risoluzione di un bisogno della persona costituiscono la prestazione. La risposta di un bisogno del cliente può essere portata a termine utilizzando azioni diverse che il professionista infermiere sceglierà in base alla valutazione del singolo caso trattato.

Il processo decisionale messo in atto presuppone che ogni azione sia correlata al bisogno specifico della persona, e finalizzata alla sua risoluzione. Le azioni che costituiscono la prestazione sono fra loro coordinate in quanto finalizzate alla risoluzione di un unico bisogno.

Il processo decisionale messo in atto dall'infermiere presuppone la scelta delle azioni finalizzate ad un unico risultato e la responsabilità totale su tutto il processo.

Analizzando il processo decisionale che porta alla scelta di azioni per erogare una prestazione, possiamo classificare le prestazioni in:

- semplici o complesse;
- autonome o ad autonomia limitata.

Nella *prestazione semplice* è noto il processo decisionale che conduce al risultato assistenziale, le alternative sono limitate e vi è la certezza nella esecuzione delle azioni.

Le *prestazioni complesse* invece presentano all'interno del processo decisionale una serie svariata di alternative possibili comportando in lai modo una maggiore osservazione, informazione, discrezionalità del professionista. I rischi sono quindi superiori ed esiste incertezza nel risultato.

Una *prestazione è autonoma* quando sono individuate precise competenze infermieristiche, l'interdipendenza con altre professioni nell'ottenimento del risultato è assente o bassa, la responsabilità dell'infermiere sul risultato è piena e diretta.

La prestazione è ad *autonomia limitata* quando il risultato della prestazione è garantito da decisioni prese da diversi professionisti; l'interdipendenza è quindi media o medio/alta. La responsabilità sul risultato è quindi parziale, mentre vi è responsabilità totale sulla specifica azione infermieristica che ha portato al risultato.

L'autonomia dell'infermiere è prevalentemente completa o a interdipendenza bassa nelle prime nove prestazioni.

GLI ELEMENTI TRASVERSALI

La prestazione infermieristica è il risultato di una serie di azioni corrispondenti ad uno stesso bisogno e di alcuni aspetti caratteristici che sono parte dell'essere infermiere e sono presenti trasversalmente a tutte le prestazioni:

- la comunicazione;
- l'educazione sanitaria intesa come metodo;
- il rispetto della privacy;

Le azioni infermieristiche sono scomposte in elementi più piccoli: gli atti, che precisano il contenuto dell'intervento infermieristico e sono suddivisi in "atti specifici dell'azione" e "atti di supporto". Sono atti di supporto, per es.: lavarsi le mani, preparare il materiale, identificare e preparare la persona, fornire alla persona stessa le informazioni relative all'atto, riordinare il materiale. Questi atti, pur essendo parte

integrante di ogni azione, non appartengono esclusivamente ad alcuna di esse e vengono quindi detti "trasversali".

CLASSIFICAZIONE DELLE AZIONI

Ogni prestazione infermieristica racchiude un'insieme di azioni che, raggruppate per comune finalità, possono essere utilizzate dall'infermiere per soddisfare il relativo bisogno di assistenza infermieristica. Le azioni (e gli atti) di una data prestazione infermieristica possono però essere utilizzate per soddisfare altri bisogni. Per esempio l'azione: "favorire l'esecuzione di esercizi muscolari attivi", inclusa in "assicurare il movimento", può essere utilizzata anche per "assicurare la funzione cardiocircolatoria". Inoltre, in 10 delle 11 prestazioni infermieristiche è volutamente escluso il riferimento ad interventi sull'ambiente, esistendo una apposita prestazione. Per esempio nella prestazione infermieristica "assicurare il riposo e il sonno" l'azione "favorire l'avvio e il proseguimento del sonno" non è affiancata dall'azione "prevenire e/o ridurre i rumori", né prevede l'atto "regolare l'illuminazione"; l'azione "prevenire e/o ridurre i rumori" e l'atto "regolare l'illuminazione" sono infatti presenti nella prestazione "assicurare un'ambiente sicuro".

Né un'azione né un'atto sono mai ripetute in più di una prestazione infermieristica.

Infine, le azioni (e gli atti) aventi una data finalità possono richiedere azioni incluse in altri livelli del continuum. Per esempio, l'azione "favorire l'assunzione degli alimenti e delle bevande consentite" a volte non può prescindere dall'istruire la persona sulle modalità per mantenere un'alimentazione e idratazione appropriate. Dunque, nella scaletta: indirizzare, guidare, sostenere, compensare, sostituire, ogni livello successivo può contenere le azioni espresse nel livello precedente.

In sostanza, a fronte dell'individualità di manifestazione e soddisfacimento dei bisogni da parte della persona assistita, si configura un'integrazione di azioni e atti che il professionista può e deve operare ma che non è possibile "codificare" o rappresentare in alcuno schema.

CLASSIFICAZIONE DEGLI ATTI

Ogni azione infermieristica racchiude un insieme di atti che, raggruppati per comune finalità, possono essere utilizzati dall'infermiere per realizzare l'azione stessa prevista, al fine di rispondere al bisogno di assistenza infermieristica.

Gli atti previsti all'interno di ogni azione possono essere utilizzati per più azioni appartenenti a prestazioni diverse, onde soddisfare altri bisogni.

Infatti gli atti aventi una data finalità possono richiedere atti inclusi in altri livelli del continuum. Perciò in tali livelli (corrispondenti alle finalità indirizzare, guidare, sostenere, compensare e sostituire), ogni livello successivo può contenere atti espressi nel livello precedente.

Ciò per ribadire che, a fronte dell'individualità di manifestazione e di soddisfacimento dei bisogni, da parte della persona assistita, si configura una integrazione di atti che il professionista può e deve compiere ma che non è possibile codificare o rappresentare in alcuno schema. In sostanza, la presentazione delle prestazioni infermieristiche, la loro suddivisione in azioni e successivamente in atti, non deve mai essere letta come una rigida scomposizione del "fare" infermieristico. Infatti l'attività dell'infermiere è sostenuta da un processo mentale sistematico che lo porta a scegliere e finalizzare le sue prestazioni alla risposta di un bisogno, utilizzando azioni e atti scelti in base alla valutazione del singolo caso trattato.

4. MODELLO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO PRIMARY NURSING

Costituisce un'evoluzione del modello team nursing e vede l'assistenza come pratica professionale centrata sul paziente, il quale è soggetto alla guida continua di un primary nurse dal momento del ricovero alla dimissione. La relazione di un singolo infermiere "primario" con l'assistito costituisce il focus dell'assistenza professionale cui vengono associati gli altri infermieri (Rafferty, 1993). I professionisti che operano nella struttura in ogni turno di lavoro provvedono all'assistenza dei pazienti che è pianificata, coordinata e valutata da un unico infermiere "primario", responsabile del piano assistenziale di ogni persona.

L'APPLICAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA

PN significa che ad ogni paziente viene assegnato per l'intera durata della sua permanenza nel reparto, nel servizio di assistenza ambulatoriale o durante il soggiorno in una residenza protetta a un unico infermiere e sempre lo stesso. Diversamente dalle forme di organizzazione di assistenza per compiti o funzionale, la responsabilità per il paziente non cambia alla fine del turno o da un giorno all'altro. L'infermiere primario è responsabile dell'assistenza e cura del paziente 24 ore al giorno e sette giorni la settimana. Questo non significa, comunque, che deve essere in servizio ininterrottamente oppure debba essere chiamato a casa qualora si rendesse necessario apportare modifiche all'assistenza del paziente, ma che l'infermiere

primario mentre è in servizio pianifica le attività da svolgere anche in sua assenza al paziente a lei affidato. Durante la sua assenza, altri infermieri chiamati associated nurses (infermieri associati) si occupano dell'assistenza secondo il piano stabilito dall'infermiere/a primario. Il ruolo dell'infermiere primario e dell'infermiere associato/a si definisce dal rapporto con il singolo paziente assegnato e quindi non è identico verso tutti i pazienti. Un'infermiere/a primario/a può per esempio lavorare come tale per un gruppo ristretto di pazienti e svolgere contemporaneamente il ruolo di infermiere/a associato/a per un altro gruppo di pazienti.

L'infermiere/a primario/a ha la massima autonomia nelle decisioni assistenziali per il paziente di cui è responsabile e non deve pertanto farsi autorizzare il suo piano assistenziale dal coordinatore del reparto, né possono altri infermieri deviare nel loro lavoro dal piano assistenziale elaborato oppure modificarlo, tranne che in situazioni di emergenza.

FUNZIONI DELL'INFERMIERE PRIMARIO

L'infermiere/a primario è l'operatore che accompagna il paziente durante il suo iter attraverso l'organizzazione e se ne assume la piena responsabilità.

L'infermiere primario:

- fa l'anamnesi infermieristica, elabora il piano assistenziale, effettua nel limite del possibile l'assistenza completa e la valuta
- supervisiona tutte le attività assistenziali, inclusi quelle diagnostiche e terapeutiche
- stipula il contratto assistenziale con il paziente e si fa garante degli interessi dello stesso
- è la persona chiave per la comunicazione e per la collaborazione interdisciplinare all'assistenza centrata al paziente assegnato
- cura i contatti con i parenti e le altre persone di riferimento

CRITICITÀ DEGLI ALTRI MODELLI DI ORGANIZZAZIONE ASSISTENZIALE

Nell'assistenza per compiti o funzionale si può assistere ad una perdita di informazioni in quanto la responsabilità cambia da turno in turno. Spesso non è chiaro chi deve decidere e chi si deve assumere la responsabilità se una determinata manovra è da effettuare o no. Il paziente non ha un infermiere di riferimento sicuro con cui può mettersi d'accordo in modo definitivo, completo e affidabile rispetto ai suoi bisogni.

Una responsabilità poco chiara può avere molte conseguenze: per esempio, può essere incerto in che misura il paziente conosce ed accetta la sua condizione di salute, informazioni da parte dei parenti e/o per i parenti possono essere perse, le altre categorie professionali impegnate nell'assistenza del paziente non hanno un operatore di riferimento competente, l'educazione sanitaria avviene in modo sordinato e ritarda la dimissione o il trasferimento del paziente, si allungano tempi di attesa e momenti di inerzia nell'assistenza a causa di un insufficiente coordinamento dell'assistenza stessa, degli interventi diagnostici, della terapia e dei bisogni del paziente.

PN è un punto di partenza per il miglioramento di queste situazioni critiche.

L'accompagnamento del paziente orientato al caso specifico rende possibile la considerazione ottimale degli interessi del paziente ed allo stesso tempo l'ottimizzazione della realizzazione del piano assistenziale e la comunicazione fra le diverse interfacce.

ELEMENTI PRINCIPALI DEL PN

Gli elementi principali del PN possono essere descritti come segue (vedi Manthey 1980 e b, Ersser & Tutton 2000, Andraschko 1998, Horn & Cowan 1992):

La responsabilità

L'assegnazione completa della responsabilità assistenziale di un paziente all'infermiere primario presuppone la decentralizzazione delle strutture di potere; non è più il coordinatore (Caposala) o il gruppo professionale a decidere ed ad assumersi la responsabilità per il piano assistenziale ma l'infermiere/a primario. Tale fatto necessita che vengano definite in modo inequivocabile le funzioni di ogni singolo operatore all'interno del reparto. Le funzioni dell'infermiere primario, dell'infermiere associato, degli operatori di supporto e del coordinatore devono essere formulate chiaramente nelle relative job descriptions.

Nelle job descriptions deve essere specificato che la responsabilità dell'infermiere primario è rigorosamente definita in riferimento al paziente assegnato e che ciò non stabilisce un nuovo livello gerarchico rispetto agli altri colleghi. L'infermiera/e associato non è in nessun caso subordinato all'infermiere primario, responsabile del piano d'assistenza del paziente assegnato; il piano è però vincolante per i colleghi che concorrono alla realizzazione dello stesso. Infatti, un'infermiere può essere "primario" per i pazienti A, B, C e D ed "associato/a" per i pazienti X, Y e Z per i quali deve rispettare il piano assistenziale elaborato da un altro/a collega.

Il coordinatore infermieristico, invece, ha la responsabilità per il coordinamento del personale sanitario e di supporto in reparto, per l'organizzazione e gestione del reparto e per il controllo della qualità. Poiché il coordinatore infermieristico si deve concentrare sulle funzioni manageriali non potrà più essere, nello stesso momento, anche operatore addetto all'assistenza e di conseguenza svolgerà solo funzioni limitate nell'assistenza diretta al paziente.

La Continuità

La continuità richiede l'orientamento di tutte le condizioni organizzative all'interesse del paziente. Ciò richiede una flessibilità nella pianificazione ed esecuzione dei turni di servizio. Deve essere garantita la presenza continuativa dell'infermiere primario in servizio per garantire l'outcome assistenziale egli non potrà mancare, p.e., più di un giorno nelle degenze di pazienti che durano pochi giorni. La turnistica deve quindi essere adattata ai bisogni assistenziali dei pazienti (breve degenza del paziente - presenza continuativa oppure assenza limitata allo stretto necessario dell'infermiere primario; lunga degenza - assenze programmate dell'infermiere/a primario/a); eventualmente sono da istituire orari di servizio flessibili (p.e. l'infermiere primario a part time presente cinque giorni la settimana con orario ridotto).

La Comunicazione Diretta

L'infermiere/a primario concorda e coordina l'assistenza e le cure dei pazienti assegnati sia con i propri collaboratori sia con i medici curanti, consulenti, terapisti, assistenti sociali, ecc. Ciò richiede capacità ed autorevolezza comunicativa ed abilità nel lavoro di gruppo. L'infermiere primario è inoltre persona di riferimento per gli operatori al di fuori del reparto di degenza come per esempio i servizi ambulatori, l'assistenza domiciliare e i medici di medicina generale.

Pianificazione/Applicazione

La competenza dell'infermiere primario è fondamentale sia per il contatto diretto con il paziente sia per le decisioni che deve poter prendere personalmente nell'esecuzione dell'attività assistenziale. Deve essere in grado di acquisire direttamente le informazioni riguardanti il paziente assegnato necessarie per coordinare il processo assistenziale. Allo stesso tempo può delegare ad altri attività non strettamente pertinenti all'assistenza diretta come per esempio la preparazione di manovre assistenziali e la sistemazione di materiale e dispositivi utilizzati per l'esecuzione di queste manovre, il rifacimento del letto, l'approvvigionamento di materiale sanitario, consegne/ritiri di referti, le attività amministrative ecc. Occorre pertanto valorizzare l'impiego di personale di supporto. Anche l'infermiere associato

riceve da quello primario indicazioni per il proprio lavoro che comunque è di natura professionale, assistenziale e non subordinato in quanto interviene come professionista di pari dignità al quale viene richiesto per esempio la collaborazione nell'analisi critica del piano assistenziale.

PN come prerequisito per la Qualità

Il modello assistenziale del PN crea le condizioni per un orientamento più marcato ai bisogni del paziente. La continuità e la responsabilità dichiarata in modo chiaro ed inequivocabile favoriscono il rapporto professionale con il paziente ed offrono il contesto per la realizzazione ottimale dell'assistenza. Tuttavia, la PN non è di per se l'equivalente di "best practice": come sistema di organizzazione ma crea il contesto in cui viene svolta l'assistenza, ma non è sinonimo di qualità assistenziale. PN può servire ad eliminare i punti deboli nell'assistenza infermieristica offerta e la sua introduzione dovrebbe andare a pari passo con sforzi mirati a migliorare la qualità. C'è da chiedersi se PN possa effettivamente ridurre i costi dell'assistenza (vedi Kellnhauser 1994). Soltanto in presenza di un'aumentata qualità, un minore turnover del personale e minore spreco di risorse si possono ipotizzare effetti economicamente positivi nel bilancio aziendale.

5. JOB DESCRIPTION - MODALITA' DI COMPILAZIONE

5.1 Ricovero infermieristico e assegnazione del Primary Nursing

Al momento del ricovero viene definito il PN di comune accordo con il Responsabile Infermieristico. L'Infermiere PN si occuperà dell'anamnesi Infermieristica e della compilazione della relativa cartella. Durante la compilazione della cartella infermieristica vengono esposte al paziente le modalità del processo assistenziale e le funzioni del Primary Nursing. Deve essere chiaro al paziente che il PN è il suo punto di riferimento per quanto riguarda il processo assistenziale. Se il paziente ha dei problemi cognitivi, quindi non in grado di comprendere vengono istruite le persone di riferimento. Talvolta vista la finalità della clinica, il paziente non è in grado di comprendere durante il ricovero a causa dell'abuso di sostanze o per scompenso dello stato di coscienza, quindi la presentazione della modalità del processo assistenziale al degente deve essere prorogato successivamente, quando lo stato di coscienza lo permette. In questa fase devono essere spiegate le regole di buona convivenza. (rispetto del fumo, orari di pranzo e cena, orari delle riunioni ecc.).

5.2 VALUTAZIONE INFERMIERISTICA AL RICOVERO

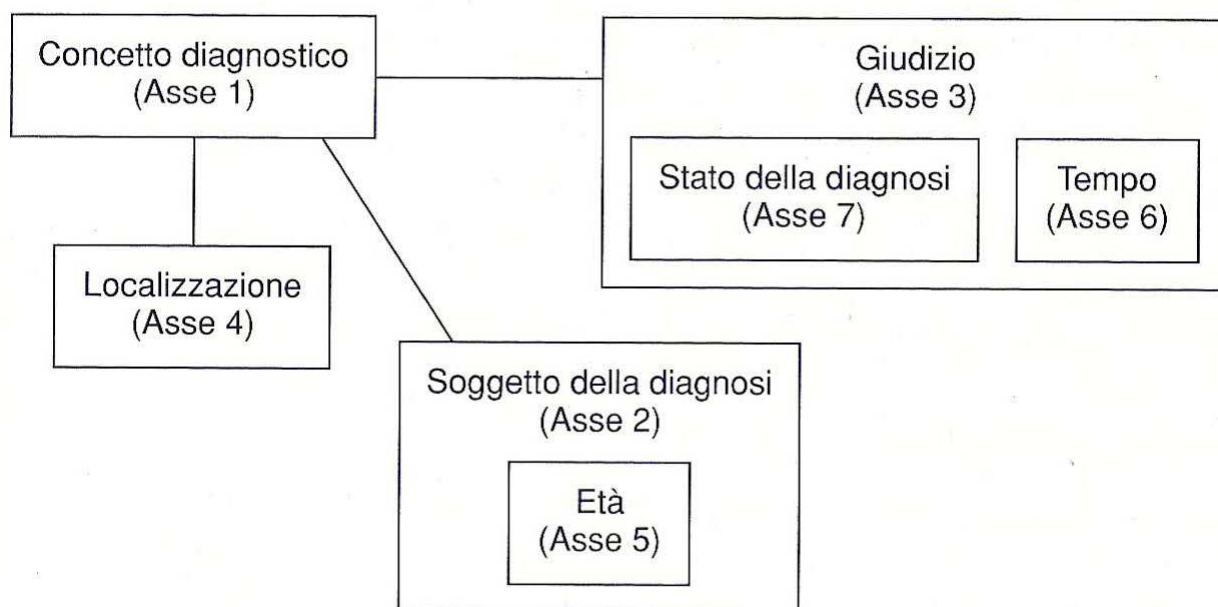
Dopo l'anamnesi viene compilata la scheda di valutazione infermieristica. La scheda viene compilata al momento del ricovero e alla dimissione, al fine di stimare gli esiti del processo assistenziale e di raffrontarli con la valutazione del piano assistenziale. La scheda di valutazione è stata realizzata partendo come modello di base dalla scheda di French N. H. e Heninger G. R. modificata e personalizzata in rapporto ai problemi assistenziali degli utenti che accedono alla Casa di Cura. La stesura della scheda di valutazione finale è stata realizzata dal comitato scientifico del progetto della Casa di Cura. Deve essere compilata dal P. N. dopo colloquio con il paziente, leggendo la definizione di ciascun punto e la descrizione dei punteggi relativi alle definizioni, segnando sulla scheda l'intensità del disturbo del paziente. Ogni voce deve essere valutata clinicamente sulla base di quanto è stato riscontrato osservando e parlando con il paziente. E' fondamentale consultarsi e confrontarsi con il medico che redige la parte medica del ricovero.

5.3 IDENTIFICAZIONE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

L'osservazione, l'anamnesi infermieristica e la valutazione iniziale permettono la definizione delle diagnosi infermieristiche all'ingresso. Tutto ciò che abbiamo raccolto dall'osservazione deve essere organizzato ed interpretato per identificare la capacità

del paziente di far fronte ai bisogni di salute. "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. La diagnosi infermieristica costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a raggiungere dei risultati di cui l'infermiere è responsabile" (NANDA, 1990). Una diagnosi infermieristica costituisce la base sulla quale scegliere le azioni/atti infermieristici volti a raggiungere gli obiettivi di cui l'infermiere ha le responsabilità. Il processo di sviluppo di una diagnosi infermieristica approvato da NANDA-I è delineato dalla classificazione tassonomica in dimensioni multi assiali. I sette assi della tassonomia sono dimensioni delle risposte umane.

Fig. Tassonomia delle diagnosi infermieristiche (NANDA)



Asse 1: Concetto Diagnostico

Il concetto diagnostico è la componente principale della diagnosi; esso può essere costituito da uno o più sostantivi. Quando viene usato più di un sostantivo (per esempio: *tolleranza all'attività*), ognuno di essi contribuisce a dare un significato unico al concetto, come se ci fosse un sostantivo solo. Il significato del termine che deriva dall'abbinamento è comunque diverso dai sostantivi considerati separatamente. Accade di frequente che per denotare un concetto diagnostico (per esempio: *Sofferenza spirituale*) un aggettivo (per esempio: *spirituale*) venga usato assieme a un sostantivo (per esempio: *sofferenza*).

In alcuni casi, il concetto diagnostico e la diagnosi sono la stessa cosa (per esempio: *Dolore*). Questo accade quando la diagnosi infermieristica è enunciata al

livello clinico più utile e la separazione del concetto diagnostico non aggiungerebbe nessun livello di astrazione significativo. Esempi di concetti diagnostici nella Tassonomia II:

- ⇒ Intolleranza all'attività
- ⇒ Liberazione delle vie aeree
- ⇒ Mobilità
- ⇒ Speranza
- ⇒ Dolore
- ⇒ Ruolo genitoriale
- ⇒ Lutto
- ⇒ Tristezza
- ⇒ Agitazione.

Asse 2: Soggetto della diagnosi

Il termine soggetto della diagnosi si riferisce alla persona o alle persone riguardo alle quali la diagnosi infermieristica è formulata. NANDA-I ha identificato i seguenti soggetti riguardo ai quali si possono formulare diagnosi infermieristiche:

Persona

- Famiglia (per esempio: *Interruzione dei processi familiari*)
- Gruppo (al momento non sono state identificate diagnosi riguardanti gruppi) a Comunità (per esempio: *Coping inefficace della comunità*)

Asse 3: Giudizio

Il giudizio è un descrittore o modificatore (tab. 1-1) che limita o specifica il significato di un concetto diagnostico. I seguenti sono esempi di descrittori o modificatori. Per una lista completa dei descrittori o modificatori si può fare riferimento alle pagine 415-416 di questo volume.

Alcune diagnosi, a seconda del livello di specificità, non richiedono alcun modificatore o descrittore. Esempi di tali diagnosi sono *Nausea* e *Fatigue*.

Tabella 1-1 *Giudizio*

| Descrittore/Modificatore | Definizione |
|---------------------------------|--|
| Compromesso* | Danneggiato, reso vulnerabile |
| Diminuito | Minore per dimensioni, quantità o grado |
| Ritardato | Differito, rallentato, che avviene tardi |
| Disturbato | Agitato, interrotto, soggetto a interferenze |
| Inefficace | Che non produce l'effetto voluto o atteso |
| Disponibile a | Prontezza, essere in uno stato idoneo per un'attività o una situazione |

Asse 4: Localizzazione

La localizzazione descrive la parti/regioni del corpo e/o le loro relative funzioni, tutti i tessuti, gli organi, le sedi o le strutture anatomiche.

- Sistema cerebrale
- Sistema cinestetico
- Sistema orale
- Sistema renale
- Sistema tattile.

La localizzazione non riguarda tutte le diagnosi.

Asse 5: Età

Questo asse si riferisce all'età della persona soggetto della diagnosi. Alcune età specifiche identificate da NANDA-I sono elencate nella tabella sotto riportata:

| | |
|---------------------------|------------------------|
| Feto | Bambino in età scolare |
| Neonato | Adolescente |
| Infante | Adulto |
| Bambino ai primi passi | Anziano |
| Bambino in età prescolare | |

Asse 6: Tempo

Il tempo descrive la durata del concetto diagnostico. I parametri temporali identificati da NANDA-I sono:

- Acuto
- Cronico
- Intermittente
- Continuo.

Asse 7: Stato della diagnosi

Lo stato si riferisce al carattere attuale o potenziale della diagnosi o al suo inserimento in una specifica categoria. NANDA-I ha identificato e definito quanto segue:

- **Diagnosi reale:** esistente di fatto o attuale, esistente in questo momento. Una diagnosi è considerata "reale" se non è specificato altrimenti. La diagnosi reale descrive le risposte umane a condizioni di salute/processi vitali di una persona, famiglia o comunità. È sostenuta da caratteristiche definenti (manifestazioni, segni e

sintomi) che si raggruppano in modelli di segnali o inferenze correlate. Un esempio di diagnosi attuale è *Nausea*.

- **Di promozione della salute:** implica un comportamento motivato dal desiderio di aumentare il benessere e di realizzare il potenziale di salute di ogni essere umano (Pender, Murduagh e Pearsons, 2006).

Le diagnosi di promozione della salute sono dei giudizi clinici circa la motivazione o il desiderio di una persona, famiglia o comunità di migliorare il proprio benessere e di realizzare il proprio potenziale di salute, che si esprimono sotto forma di disponibilità a migliorare specifici comportamenti che incidono sulla salute, come la nutrizione e l'esercizio fisico. Queste diagnosi possono essere utilizzate in qualunque stato di salute e non richiedono i livelli comunemente considerati di completo benessere. La disponibilità suddetta è supportata da caratteristiche definenti.

Un esempio di diagnosi di promozione della salute è *Disponibilità ad aumentare la speranza*. Ogni titolo di diagnosi di promozione della salute comincia con *Disponibilità a*.

- **Di rischio:** indica la vulnerabilità, specialmente a causa dell'esposizione a fattori che aumentano le probabilità di lesioni o perdite. Una diagnosi di rischio descrive le risposte umane a condizioni di salute/processi vitali che si possono sviluppare in una persona, famiglia o comunità vulnerabile. È sostenuta da fattori di rischio che aumentano tale vulnerabilità. Un esempio di diagnosi di rischio è *Rischio di compromissione dell'integrità cutanea*. Ogni titolo di diagnosi di rischio inizia con *Rischio di*.
- **Di benessere:** il benessere è la qualità o lo stato dell'esser sani. Una diagnosi di benessere descrive risposte umane a un livello di benessere della persona, famiglia o comunità, che sono disponibili a migliorarlo. Tale disponibilità è sostenuta da caratteristiche definenti. Un esempio di diagnosi di benessere è *Disponibilità a migliorare il coping della famiglia*. Ogni titolo di diagnosi di benessere comincia con *Disponibilità a*.

Per iniziare a sviluppare una diagnosi infermieristica, bisogna porsi le seguenti domande:

1. Questo concetto è una risposta umana? (**Asse 1**) Se la risposta è affermativa, si prosegue.
2. Questo concetto è coerente con la definizione di diagnosi infermieristica?
3. Questo concetto è coerente con la definizione di diagnosi infermieristica?

Chi è il soggetto di questo concetto? (Asse 2)

_____ Persona/Paziente

_____ Famiglia

_____ Gruppo

_____ Comunità

4. Questo concetto è già presente in NANDA-I? Rivedere le diagnosi correlate già presenti nella Tassonomia NANDA-I. Il concetto è già rappresentato? Se esiste una diagnosi simile, può essere appropriato rivedere la diagnosi già esistente piuttosto che creare una nuova diagnosi. Se il concetto non è incluso nella versione attuale delle diagnosi NANDA-I, allora è appropriato procedere allo sviluppo di una nuova diagnosi.
5. È necessario un descrittore o un modificatore per identificare accuratamente questo concetto? (Asse 3) In caso affermativo, selezionare il descrittore/modificatore appropriato. (vedi tabella modificatori allegata).
6. Per questo concetto diagnostico è rilevante la localizzazione (Asse 4)? Alcuni esempi di diagnosi che richiedono che sia specificata la localizzazione sono *Compromissione dell'integrità cutanea* e *Rischio di disfunzione neurovascolare periferica*. Se è rilevante, identificare la localizzazione:
_____.
7. L'età dovrebbe essere specificata in questo concetto diagnostico (Asse 5)? Un esempio di diagnosi che richiede di specificare l'età è *Inefficace modello di alimentazione del bambino*. Se l'età deve essere definita nel concetto diagnostico, identificare il termine di età appropriato: _____.
8. L'Asse 6, Tempo, è necessario per descrivere questo concetto diagnostico? Nel caso selezionare il termine appropriato:
 - Acuto
 - Cronico
 - Intermittente
 - Continuo
9. Selezionare lo stato (Asse 7) appropriato per questo concetto diagnostico:
 - Diagnosi reale*: esistente di fatto, in atto, esistente nel presente. Una diagnosi è considerata "reale" se non è specificato altrimenti.
 - Diagnosi di promozione della salute*: comportamento motivato dal desiderio di migliorare il benessere e realizzare il potenziale di salute umano (Pender, Murduagh e Pearsons, 2006).

- ☒ *Diagnosi di rischio*: vulnerabilità, specialmente come risultato dell'esposizione a fattori che aumentano le possibilità di lesione o di perdita.
- ☒ *Diagnosi di benessere*: la qualità o lo stato del sentirsi sano.
- ☒ *Sindrome*: un gruppo di sintomi che si presentano quasi sempre insieme e, insieme, rappresentano un quadro clinico distinto (McCourt, 1991, p. 79).

A questo punto si identifica titolo e definizione della nuova diagnosi. Si deve verificare che nel titolo proposto siano stati inseriti gli assi appropriati:

- ⇒ Il concetto diagnostico
- ⇒ Il soggetto della diagnosi
- ⇒ Il giudizio sulla diagnosi (descrittori/modificatori)
- ⇒ La localizzazione
- ⇒ L'età
- ⇒ Il tempo
- ⇒ Lo stato della diagnosi

I titolo proposto è: _____

E necessario consultare la letteratura e concentrare l'attenzione, in particolare, su quella pubblicata negli ultimi cinque anni. La maggior parte della letteratura dovrebbe essere infermieristica, ma letteratura di supporto può essere trovata anche in campi correlati come, per esempio, le scienze psicosociali. È meglio utilizzare letteratura basata su ricerche ma, se non esiste, si può fare riferimento anche a pubblicazioni di altro tipo. La letteratura deve sostenere sia il titolo sia la definizione. I riferimenti a interventi Infermieristici non sono appropriati per sostenere il titolo e la definizione.

La definizione deve fornire una descrizione chiara e precisa del titolo senza usare il linguaggio presente nel titolo stesso. La definizione dà un significato alla diagnosi e aiuta a differenziarla da altre diagnosi simili. Identificare i riferimenti usati per sostenere il titolo e la definizione.

Caratteristiche definenti versus fattori di rischio

Se questa diagnosi è una diagnosi reale, di promozione della salute o di benessere, bisogna **identificarne le caratteristiche definenti**.

Se invece è una diagnosi di rischio, si **identificano i fattori di rischio della diagnosi**. Si deve decidere quale delle seguenti componenti è appropriata per la diagnosi:

- ⇒ **Caratteristiche definenti**

Le caratteristiche definenti sono i segnali/inferenze osservabili che si raggruppano come manifestazioni di una diagnosi infermieristica reale, di promozione della salute o di benessere.

⇒ **Fattori di rischio**

I fattori di rischio sono i fattori ambientali e gli elementi fisiologici, psicologici, genetici o chimici che aumentano la vulnerabilità di una persona, famiglia o comunità a un evento nocivo alla salute. I fattori di rischio vengono identificati per le diagnosi di rischio.

Le caratteristiche definenti o i fattori di rischio devono essere sostenuti dalla letteratura. Come la letteratura che deve sostenere il titolo e la definizione della diagnosi, la letteratura a sostegno delle caratteristiche definenti o dei fattori di rischio dovrebbe essere stata *pubblicata negli ultimi cinque anni*. Anche in questo caso, la maggior parte della letteratura dovrebbe essere infermieristica, ma può essere usata anche letteratura di supporto propria di campi correlati come, per esempio, le scienze psicosociali.

È meglio utilizzare letteratura basata sulla ricerca, ma, in assenza di questa, si può fare riferimento anche ad altre pubblicazioni. La letteratura deve sostenere le caratteristiche definenti o i fattori di rischio. I riferimenti a interventi (azioni/atti) infermieristici per le diagnosi proposte non sono appropriati per sostenere le caratteristiche definenti o i fattori di rischio.

Se la diagnosi è una diagnosi reale, di benessere o di promozione della salute, si deve compilare l'elenco delle caratteristiche definenti (vedi tabella). Compilata questa lista di caratteristiche definenti, si elencano e si numerano i riferimenti a loro supporto. Occorre indicare il numero dei riferimenti di supporto a fianco di ogni caratteristica definente.

Caratteristiche definenti

Caratteristica definente n. 1
Caratteristica definente n. 2
Caratteristica definente n. 3

**Riferimenti
(n. dalla lista sottostante)**

riferimento n. ____
riferimento n. ____
riferimento n. ____

Riferimenti:

- 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
-

Se la diagnosi è una diagnosi di rischio, si compila l'elenco dei fattori di rischio come nella tabella. Quindi si elencano e si numerano i riferimenti a loro supporto. Occorre indicare il numero dei riferimenti di supporto a fianco di ogni fattore di rischio. Seguendo questa lista di fattori di rischio, si elencano e si numerano i riferimenti a sostegno dei fattori di rischio. A fianco di ogni fattore di rischio si indica il numero dei relativi riferimenti di supporto.

Fattori di rischio

Fattore di rischio n. 1
Fattore di rischio n. 2
Fattore di rischio n. 3

**Riferimenti
(n. dalla lista sottostante)**

riferimento n. ____
riferimento n. ____
riferimento n. ____

Riferimenti:

- 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
-

Regole della tassonomia

Di seguito vengono presentate alcune "Regole della tassonomia" che si applicano agli attributi delle diagnosi infermieristiche, cioè alle caratteristiche definenti e ai fattori di rischio. È necessario controllare ognuna di queste regole per assicurarsi che gli attributi della diagnosi proposta (caratteristiche definenti e fattori di rischio) siano espressi correttamente.

- ⊗ Gli attributi delle diagnosi proposte non devono contenere i seguenti connettori o segni di punteggiatura: "e", "&", "o", ":", ";", "/", "()", "per esempio".
- ⊗ Gli attributi di una diagnosi infermieristica non devono contenere citazioni.
- ⊗ Il numero di attributi dovrebbe essere limitato a quelli che realmente guidano la decisione se la diagnosi esista o meno.

Fattori correlati

Se la diagnosi è una diagnosi reale, c'è ancora del lavoro da fare...

Identificare i fattori correlati

I fattori correlati mostrano una relazione sistematica con la diagnosi infermieristica. Tali fattori possono essere descritti come antecedenti, associati a, relativi a, contribuenti a, o adiuvanti. Solo le diagnosi reali hanno questi fattori, i quali devono avere il sostegno della letteratura. In maniera simile a quella che sostiene il titolo, la definizione, le caratteristiche definenti o i fattori di rischio, la letteratura a sostegno dei fattori correlati dovrebbe essere stata pubblicata negli ultimi cinque anni. Anche in questo caso, la maggior parte della letteratura dovrebbe essere infermieristica, ma può essere usata anche letteratura di supporto propria di campi correlati come, per esempio, le più volte citate scienze psicosociali.

È meglio utilizzare la letteratura basata su ricerche, ma, in mancanza di questa si può fare riferimento anche ad altre pubblicazioni. La letteratura deve sostenere i fattori correlati, cosa che non possono fare i riferimenti a interventi infermieristici per le diagnosi proposte.

Elenchiamo ora i fattori correlati nella tabella e colleghiamoli con i riferimenti a sostegno indicando il numero del riferimento.

Fattori correlati

Fattore correlato n. 1
Fattore correlato n. 2
Fattore correlato n. 3

**Riferimenti a sostegno
(n. dalla lista sottostante)**

riferimento n. ____
riferimento n. ____
riferimento n. ____

Riferimenti:

- 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
-

Bisogna indicare il numero dei riferimenti di sostegno a fianco di ogni fattore correlato.

Le seguenti "Regole della tassonomia" si applicano ai fattori correlati. Controlliamo ognuna di queste regole per assicurarci che i fattori correlati siano espressi correttamente.

- ⊗ I fattori correlati delle diagnosi proposte non devono contenere i seguenti connettori o punteggiatura: "e", "&", "o", ":", ";", "/", "()"/ "per esempio".
- ⊗ I fattori correlati di una diagnosi infermieristica non devono contenere citazioni.

Se la diagnosi è già esistente basta indicarla e proseguire con la pianificazione assistenziale. Diventa fondamentale la definizione delle diagnosi aziendali al fine di velocizzare la modalità di ricovero infermieristico e di evitare errori nella formulazione della stessa.

5.4 OBIETTIVI

Descrive la meta da raggiungere per dichiarare risolto il problema. Deve essere espresso in termini di risultati previsti per la persona "che il paziente riacquisti la totale o la parziale capacità di orientamento nel tempo e nello spazio". l'obiettivo dovrebbe essere specifico, misurabile e raggiungibile. Non è corretto scrivere come obiettivo "che il paziente si alimenti con tutto il vassoio" Ciò non è né raggiungibile né specifico né misurabile. La corretta migliore formulazione dell' obiettivo è questa " che il paziente si alimenti e si idrati **almeno con metà vassoio nei prossimi due giorni**". Gli obiettivi possono essere a breve termine e a lungo termine. Per breve termine si intendono quegli obiettivi il cui raggiungimento è atteso nell'arco di pochi

giorni ed è proteso al raggiungimento di un obiettivo a lungo termine. Lungo termine si intende un obiettivo il cui raggiungimento è atteso nell'arco di settimane o mesi.

5.5 LA PIANIFICAZIONE

La fase progettuale del processo infermieristico, culmina nella formulazione di un piano d'assistenza infermieristica. Nel piano d'assistenza l'infermiere PN pianifica tutte le sue attività professionali che mirano a:

- ⇒ Monitorare
- ⇒ Prevenire
- ⇒ Ridurre o eliminare i problemi stessi.

E' un metodo logico che ci permette di definire degli interventi assistenziali in risposta ai bisogni di quel paziente in maniera scientifica e sistematica. E' un metodo per comunicare all'intera equipe quale assistenza infermieristica il nostro utente richiede.

La pianificazione prevede due momenti:

- a Consiste nella definizione dei problemi con conseguente organizzazione in base alle priorità d'intervento cioè ai problemi vanno assegnate delle priorità d'intervento per cui parliamo di:
 - ⇒ Alta priorità quando occorre una gestione immediata onde evitare il crearsi di situazioni che influiscono negativamente sullo stato del paziente.
 - ⇒ A media e bassa priorità quando possono essere rimandate ad un momento successivo senza che questo comprometta lo stato funzionale del paziente.
- b Identificazione e prescrizione delle prestazioni infermieristiche volte al contenimento o risoluzione dei problemi di salute.

Le prestazioni infermieristiche possono essere:

- semplici o complesse;
- autonome o ad autonomia limitata. (vedi modello concettuale di riferimento).

In questa fase il PN compila la scheda della pianificazione assistenziale, selezionando le diagnosi infermieristiche aziendali e gli obiettivi.

5.6 VALUTAZIONE DELLA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE IN ITINERE

Durante questa fase del processo infermieristico viene accertata l'efficacia del piano di assistenza rispondendo a queste domande che devono pervenire spontanee:

- * Come è progredito il paziente in termini di obiettivi stabiliti nel piano?
- * Il paziente ha nuove necessità?
- * Il piano di assistenza richiede di essere revisionato?

Queste , le domande, da ripetersi ogni volta che ci avviciniamo al paziente:

- ☆ Le condizioni del paziente sono migliorate, peggiorate o stazionarie?
- ☆ Le formulazioni dei problemi erano accurate?
- ☆ Le necessità del paziente sono state soddisfatte?
- ☆ Il paziente ha raggiunto l'obiettivo documentato nel piano di assistenza?
- ☆ Quali prestazioni infermieristiche dovrei correggere o interrompere?
- ☆ Dovrei rivedere le priorità dei miei interventi?

Periodicamente, in relazione ai problemi clinici/assistenziali e in relazione alle prestazioni infermieristiche viene fatta la valutazione in itinere nell'apposita casella della scheda di pianificazione. Vengono riportati gli esiti delle azioni infermieristiche indicando lo stato dell'obbiettivo: totalmente, parzialmente o non raggiunto. Questa fase è importantissima in quanto ci permette di valutare la validità del piano assistenziale, se continuare o se apporre dei correttivi. Generalmente la valutazione deve essere fatta dal PN almeno ogni 2 giorni.

5.7 VALUTAZIONE DEL PROCESSO ASSISTENZIALE ALLA DIMISSIONE

La valutazione del processo assistenziale alla dimissione viene redatta con la seguente modalità:

1. Valutazione finale del piano assistenziale e identificazione degli outcome degli obbiettivi prefissati;
2. Compilazione della scheda di valutazione infermieristica finale e comparazione con quella all'ingresso definendo lo stato dell'arte, con relativi miglioramenti o regressioni.
3. Chiusura del ricovero con breve relazione finale nella diaria infermieristica.

5.8 COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA.

La lettera di dimissione infermieristica che si è deciso di adottare è costituita da uno schema predefinito semplice dove vengono riportati i principali problemi assistenziali del paziente, il relativo livello di guarigione attraverso il raffronto della scheda di valutazione infermieristica all'ingresso e alla dimissione e dall'esito del processo assistenziale(outcome obiettivi assistenziali). L'infermiere PN o il sostituto in caso di assenza per riposo, ferie o malattia in relazione ai dati raccolti durante la valutazione del processo assistenziale alla dimissione, deve compilare la scheda di dimissione infermieristica selezionando il livello di guarigione o autonomia acquisito dal paziente durante il ricovero e il punteggio conseguito con la scheda di valutazione infermieristica all'ingresso e alla dimissione: un punteggio decrescente è indice di benessere assistenziale. E' possibile aggiungere una breve nota personalizzata nel caso ci fosse qualcosa di importante da segnalare per assicurare una corretta continuità assistenziale.

Scopo:

1. Per l'utenza: assicurare continuità dell'assistenza infermieristica post-dimissione
2. Per gli operatori: in caso di trasferimento facilitare la presa in carico dell'utente da parte delle strutture che lo accolgono
3. Per l'organizzazione: ottimizzare i percorsi assistenziali e garantire affidabilità dei trattamenti.

CONCLUSIONI

Obbiettivi a breve termine:

- Incrementare le competenze e le capacità dell'Infermiere secondo un modello professionalizzante
- Individuare i percorsi assistenziali secondo la logica del Governo Clinico
- Personalizzazione dell'assistenza Infermieristica attraverso il modello olistico.

Obbiettivo a medio lungo termine:

- Individuazione del peso assistenziale attraverso le diagnosi infermieristiche e calcolo dell'indice di complessità assistenziale (ICA).
- Individuazione del rischio clinico e come prevenirlo attraverso l'analisi delle schede di valutazione infermieristica, delle diagnosi infermieristiche, valutazione delle barriere esistenti e dei percorsi assistenziali.
- Progettazione di una cartella clinica integrata informatizzata.

Ultima revisione: 26/5/11

Il Rai

Dr Marconcini Stefano

BIBLIOGRAFIA

- M. Cantarelli, "Il modello delle prestazioni infermieristiche", CE Masson, Milano 1997;
E. Manzoni, "Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica", CE Masson, Milano 2008;
S. Marconcini, M. Rinaldi, "Compendio sul Case Management", ASL/Fg 2009;
G. Albanesi, "I disturbi Mentali Psicopatologia e Assistenza", Rossini Editrice, Firenze 1992;
Nanda International, "Diagnosi Infermieristiche: definizione e classificazione 2009-2011", Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2009.

SITOGRAFIA

www.wikipedia.org

www.evidencebasednursing.it.