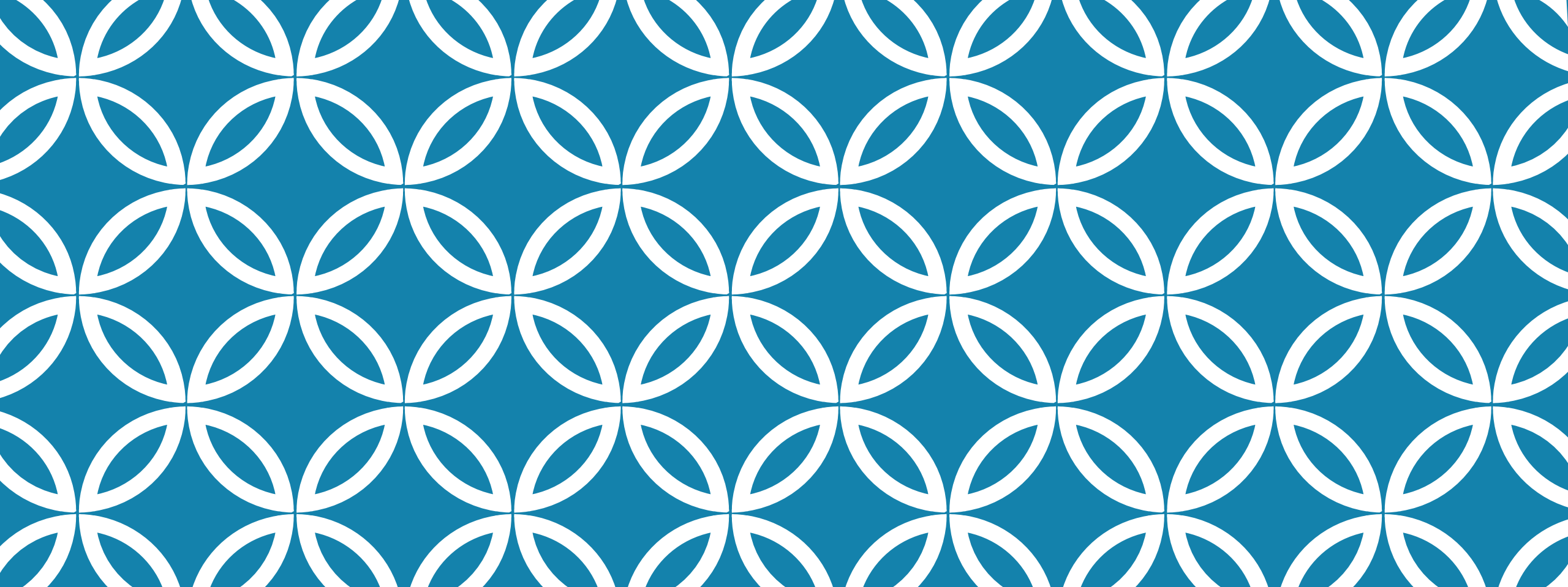


**CORSO «GESTIRE IL
CONCORSO»
08/02/2021**

**Gestire l'assistenza 2
Pezzolati Matteo**



PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE



PROCESSO INFERMIERISTICO/PROCESSO DI NURSING

«E' l'approccio mentale e operativo che l'infermiere utilizza durante il proprio lavoro.» (Wilkinson)

Rappresenta un metodo sistematico e creativo per:

- a) Identificare, prevenire e trattare problemi di salute reali o potenziali
- b) Identificare i punti di forza dell'assistito
- c) Promuovere il benessere
- d) Coinvolgere i familiari

Caratteristiche:
Dinamico e ciclico,
Centrato sull'assistito,
Olistico,
Pianificato e diretto al conseguimento dei risultati
Basato su prove di efficacia
Flessibile

FASI DEL PROCESSO



Tratto da:

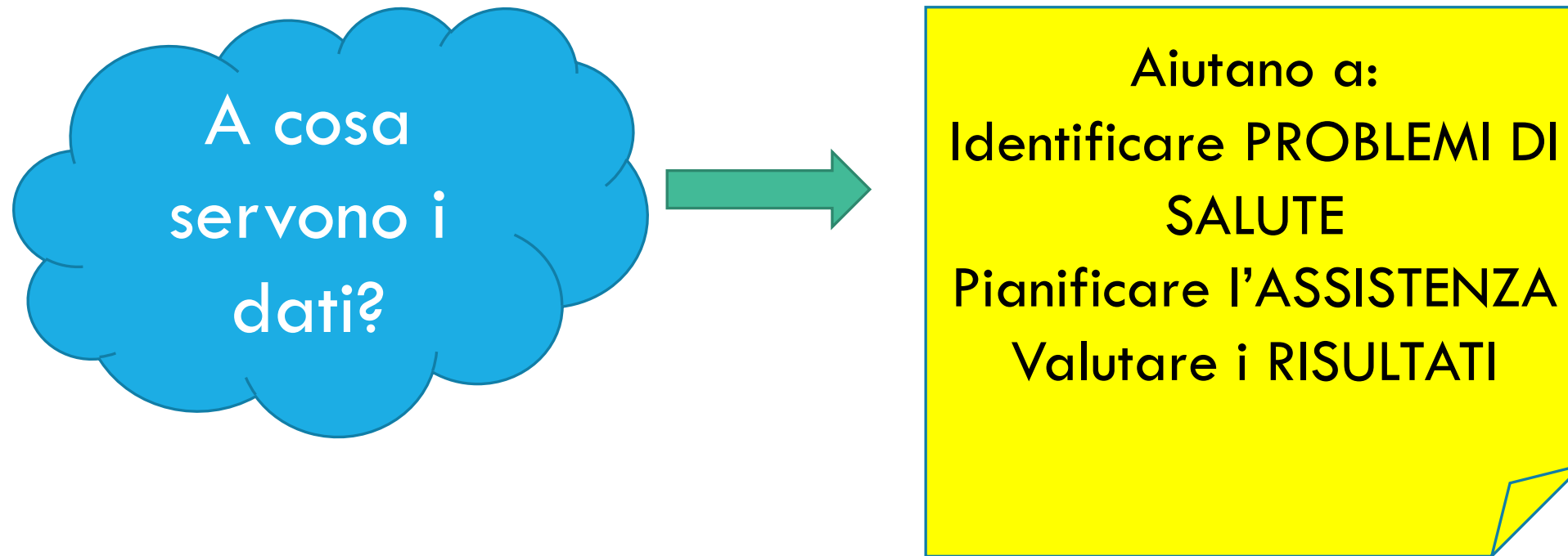
R.F. Craven, C.J. Hirnle, S. Jensen

Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica, quinta edizione

Copyright © 2014 CEA Casa Editrice Ambrosiana

1. ACCERTAMENTO

Raccolta sistematica di dati **RILEVANTI** e **IMPORTANTI** riguardanti il paziente



Obiettivo: acquisire un quadro complessivo delle condizioni dell'assistito

1. ACCERTAMENTO — RACCOLTA DATI

TIPOLOGIA:

- **SOGGETTIVI:** Non sono misurabili né osservabili (pensieri, convinzioni, sentimenti ecc...)
- **OGGETTIVI:** Raccolti mediante osservazione ed esame obiettivo (FC, PA, diuresi ecc...)

FONTI:

- ❖ **PRIMARIE:** Tutto ciò che riferisce l'assistito
- ❖ **SECONDARIE:** Tutto il resto (caregiver, colleghi, cartella clinica ecc...)

1. ACCERTAMENTO – METODI DI RACCOLTA DATI

OSSERVAZIONE

«Uso consapevole e intenzionale delle funzioni sensoriali per raccogliere dati dalla persona assistita e dall'ambiente»

Esempi:

Colore della cute, presenza di sudore, smorfie, possibilità di cadute, funzionamento dei presidi

INTERVISTA

«Colloquio strutturato per ottenere dati soggettivi»

Esempi:

Intensità del dolore, effetti della malattia sulla vita

ESAME FISICO

«Accertamento sistematico degli apparati e sistemi dell'organismo»

Si reperiscono dati OGGETTIVI.

Si divide in: ISPEZIONE – AUSCULTAZIONE – PERCUSSIONE – PALPAZIONE



1. ACCERTAMENTO — VALIDAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEI DATI

VALIDAZIONE

«Azione di controllo e di verifica dei dati»

I dati devono essere: completi, attendibili e reali.

Eliminare: pregiudizi, errori, dispercezioni.

Non trarre conclusioni.

Cosa fare: confrontare dati soggettivi e oggettivi, ricontrollare i PV se alterati e ingiustificati, chiedere un controllo esterno, tarare gli strumenti

ORGANIZZAZIONE

Standard American Nurse Association (ANA):

«I dati raccolti vanno organizzati secondo modelli, in maniera sistematica»

Esempio:

Organizzare i dati raccolto secondo il modello funzionale della salute di Gordon

1. ACCERTAMENTO – REGISTRAZIONE

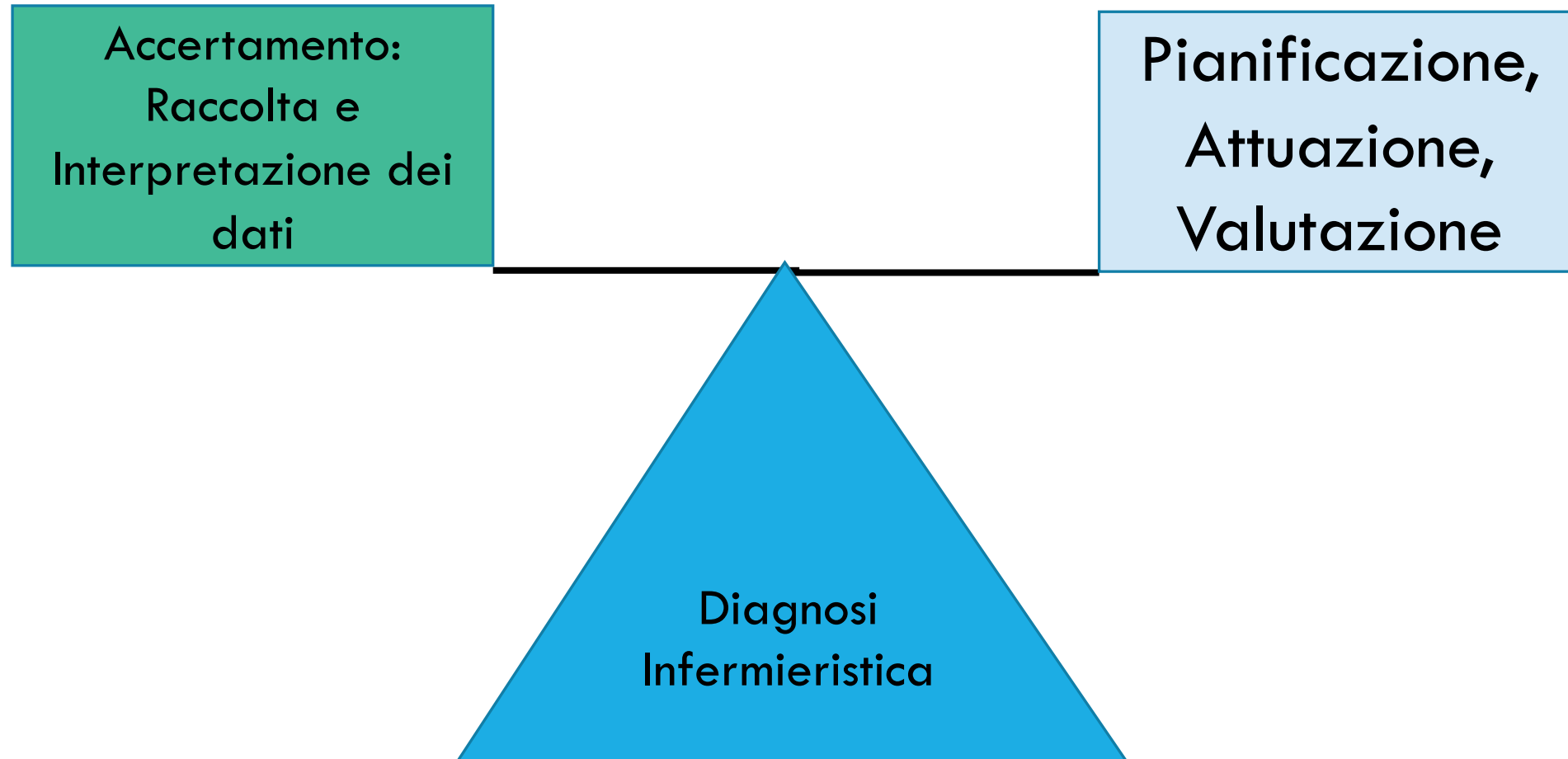
Si registrano **Segni** e **Sintomi**, non le inferenza (non il significato attribuito!)

NON utilizzare forme vaghe (buono, adeguato, tollerato)

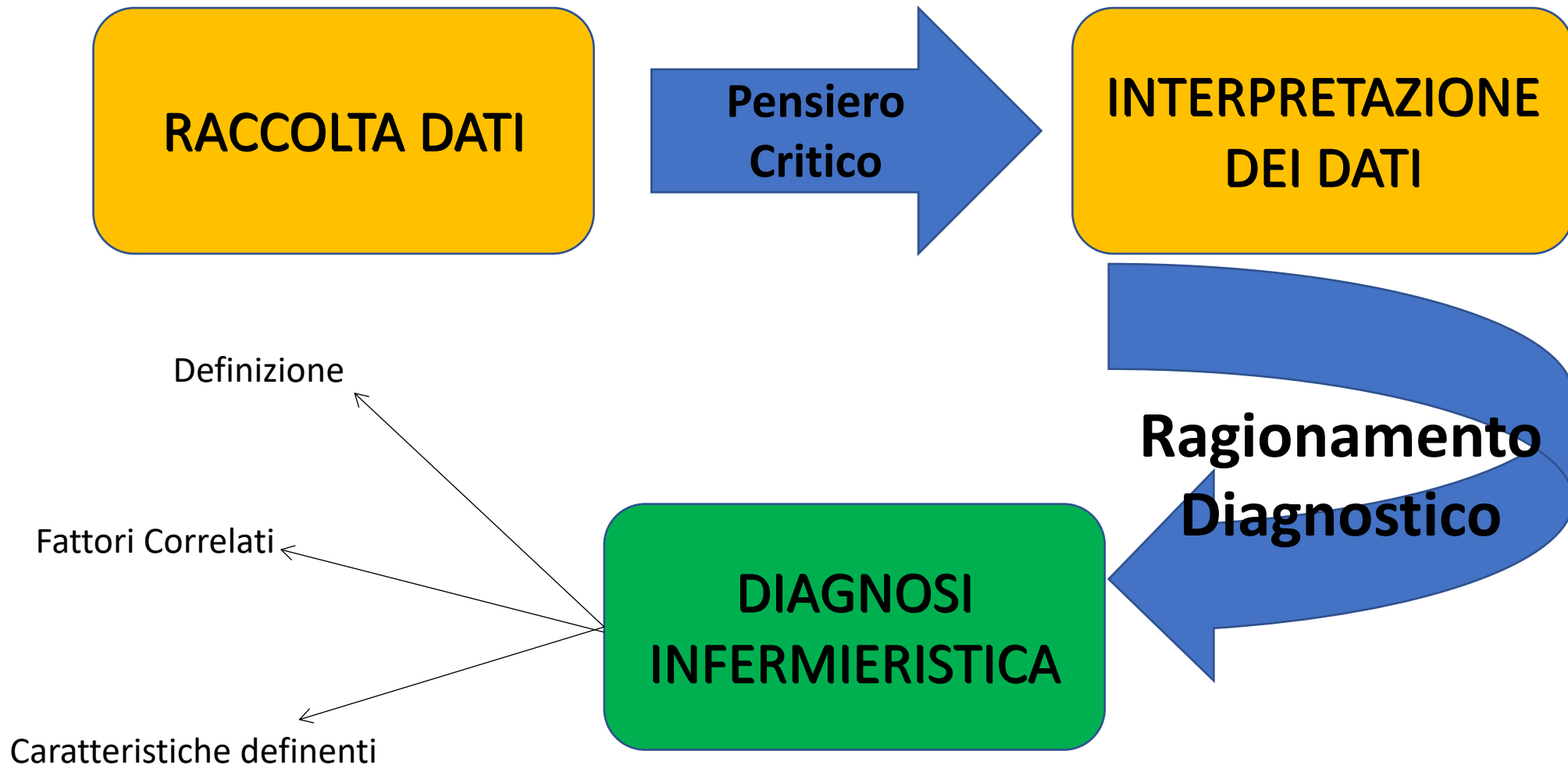


CARTELLA
INFERMIERISTICA

2. DIAGNOSI INFERMIERISTICA



2. DIAGNOSI INFERMIERISTICA - ENUNCIAZIONE



2. DIAGNOSI INFERMIERISTICA

«Enunciazione dello stato di salute attuale dell'assistito, descrive un problema **REALE**, **POTENZIALE (RISCHIO)** o possibile che gli infermieri sono autorizzati ad enunciare e per il quale possono prescrivere il trattamento o la prevenzione»

D.I. REALI

Problema
ESISTENTE al
momento
dell'accertamento

D.I. DI RISCHIO

Problema non
presente ma che
POTREBBE
presentarsi se
l'infermiere non
interviene

2. DIAGNOSI INFERMIERISTICA - ENUNCIAZIONE

D.I. Reale (PES)

Problema (enunciazione chiara e sintetica dello stato di salute, utilizzare titolo diagnostico NANDA-I)

Eziologia (fattori che causano il problema)

Segni/sintomi (in atto, manifestati)

Intolleranza all'attività, correlata a Insufficienza cardiaca, che si manifesta con affanno al minimo sforzo

D.I. Di Rischio (PE)

Problema (enunciazione chiara e sintetica dello stato di salute potenzialmente a rischio, utilizzare titolo diagnostico NANDA-I)

Eziologia (fattori di rischio per lo sviluppo della condizione morbosa)

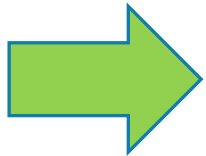
Rischio di compromissione dell'integrità cutanea correlato a immobilità prolungata a letto

2. DIAGNOSI INFERMIERISTICA – PROBLEMI COLLABORATIVI

P.C.: Complicanze potenziali o complicanze in atto di una malattia, procedura, intervento chirurgico che prevede la gestione Multidisciplinare del caso.

NON c'è autonomia decisionale

L'infermiere ha la responsabilità di applicare correttamente le prescrizioni diagnostico terapeutiche, monitorare l'andamento clinico, riferire al medico le complicanze e i cambiamenti.



Indagine: BRONCOSCOPIA
PC: Emorragia,
Broncospasmo/Broncocostrizione, Ostruzione
delle vie Aeree durante la procedura

2. DIAGNOSI O PROBLEMI COLLABORATIVI?

ACCERTAMENTO



**IDENTIFICAZIONE DI UN
PROBLEMA**



L'INFERMIERE HA AUTONOMIA NELLA GESTIONE DEL PROBLEMA?



SI



Diagnosi Infermieristica



NO



Problema Collaborativo

3. RISULTATI

Il risultato rappresenta l'**OBIETTIVO** che voglio che l'assistito raggiunga.

L'obiettivo, o risultato atteso, può riguardare il **MANTENIMENTO** dello stato di salute ottimale o attuale (nelle D.I. di Rischio e nei P.C.) o il **MIGLIORAMENTO/SCOMPARSA** del problema individuato (nelle D.I. Reali e nei P.C.).

Utilizzare la terminologia **NOC** (Nursing Outcome Classification)

3. RISULTATI

Stabile le **PRIORITA'**

Indicare se l'obiettivo è a BREVE o LUNGO termine

Definire un arco di tempo definito (24-48-72 ore) piuttosto che essere generici («entro la dimissione»)

Utilizzare i Criteri di risultato (MISURABILI e con scale VALIDATE). Utilizzare dei criteri oggettivi, validati, permette confronti pre-post intervento

3. RISULTATI – ENUNCIAZIONE ED ESEMPIO

Enunciazione:

- A) **Soggetto**
- B) **Verbo d'azione**
- C) **Criteri del Risultato**
- D) **Tempo**

Esempio:

L'assistita riferirà 3 come punteggio nella scala NRS del dolore entro 1 ora dalla somministrazione della terapia analgesica

4. INTERVENTI

«Qualsiasi azione basata sul giudizio clinico e sulle conoscenze che un infermiere mette in atto per raggiungere i risultati dell'assistito»

Sinonimi: AZIONI, ATTIVITA', STRATEGIE, PROVVEDIMENTI ...


Si suddividono in: **autonomi (NIC), dipendenti, interdipendenti**

4. INTERVENTI

Provengono dalla enunciazione delle D.I. o dai P.C.

D.I. → Obiettivi → Interventi
Infermieristici autonomi

P.C. → Trattamenti prescritti dal medico + Interventi Infermieristici



Gli interventi sono pertinenti al caso

4. INTERVENTI

1) Data
della
prescrizione

2) Soggetto

3) Verbo
d'azione

4)
Qualificatori
descrittivi

5) Tempi
specifici

6) Firma

08/02/2021

L'infermiere rileverà la PA in
entrambi gli arti superiori ogni 2
ore nelle prime 12 ore.

Matteo Pezzolati

5. ATTUAZIONE

«Fase in cui l'infermiere svolge o delega le attività necessarie al conseguimento dei risultati attesi dell'assistito»

L'attuazione è composta da: **AGIRE,**
DELEGARE, REGISTRARE

5. ATTUAZIONE - AGIRE

1) Preparazione dell'infermiere.

Sono preparato ed esperto? Attuo

Non sono esperto o non ho mai visto la procedura/attività? Chiedo supervisione di un collega esperto

2) Preparazione dell'assistito.

Serve ancora la procedura?

L'assistito è pronto a ricevere la procedura?

Spiegare la procedura!

3) Preparazione del materiale

5. ATTUAZIONE — ATTRIBUIRE E DELEGARE

«**Attribuire** l'attività a un'altra persona (OSS), si mantiene la RESPONSABILITA'»

«**Delegare** è trasferire da una persona a un'altra la responsabilità dell'attività»

5. ATTUAZIONE — REGISTRARE

«Dopo aver agito, o delegato, si completa la fase di attuazione **REGISTRANDO** sulla cartella clinica quanto è stato fatto, comprese le risposte dell'assistito»

Tutto ciò che viene registrato fa parte della **DOCUMENTAZIONE CLINICA** dell'assistito!

5. ATTUAZIONE — QUALE METODO PER REGISTRARE?

Ci sono diversi metodi: **SOAP, PIE, DAR**

S: dati soggettivi («Sto male»)

O: dati oggettivi («Addome disteso, timpanico, rumori intestinali assenti»)

A: accertamento («DI nausea post-operatoria»)

P: piano («Osservare, mantenere digiuno, somministrare farmaci, bilancio idrico»)

P: problemi («Nausea post operatoria»)

I: interventi («Somministrare liquidi EV, digiuno completo»)

E: valutazione («Non ha presentato vomito dopo 2 ore, meno nausea»)

D: dati soggettivi + oggettivi («Ho dolore al petto e affanno; PA 120/70 FC 155»)

A: azione effettuato o programmata («Posizionare steso, chiamare medico. Somministrato Cordarone secondo prescrizione»)

R: risposte o valutazione («Riferisce miglioramento dei sintomi, FC 58»)

5. ATTUAZIONE — QUANDO/COSA/COME REGISTRARE?

QUANDO:

Data e ora di ogni
annotazione

Dopo ogni risposta
dell'assistito

Non documentare gli
interventi prima del loro
compimento

Ordine cronologico

COSA:

Quello che hai svolto TU
Note veritiere e corrette
Registrare le inferenze,
opinioni

Non usare termini
pregiudiziali

Registrare dati rilevanti e
importanti
Sintesi
Esaustività

COME:

Se a penna inchiostro scuro
Grafia leggibile in
stampatello
In italiano
Evita abbreviazioni, acronimi
Firmare
Tracciare errori con la riga

6. VALUTAZIONE

«Verificare l'andamento dell'assistito verso gli obiettivi di salute, l'efficacia del piano di trattamento e la qualità dell'assistenza erogata»

Si effettua attraverso **STANDARD** e **CRITERI** specifici, di spessore, validati

Si divide in: valutazione **CONTINUA** (dopo l'intervento) e **FINALE** (alla dimissione)

6. VALUTAZIONE - FASI

1) Riesaminare i risultati attesi

2) Raccogliere dati di valutazione

3) Confrontare le condizioni con i risultati attesi

4) Enunciare la valutazione

5) Correlare gli interventi infermieristici

Stessi criteri nella pianificazione dei Risultati

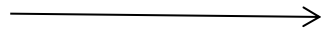
Accertamento mirato

Trarre conclusioni

Raggiunto/
Parz.
Raggiunto/
Non
Raggiunto

6. VALUTAZIONE

RISULTATO
RAGGIUNTO



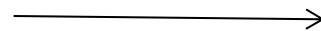
Mantenere lo stato di salute.
Piano di assistenza riuscito

RISULTATO
PARZIALMENTE
RAGGIUNTO



Rivalutare gli obiettivi e gli interventi.
Eeguire nuovo accertamento

RISULTATO NON
RAGGIUNTO



Effettuare nuovo accertamento e processo assistenziale –
VALUTAZIONE CRITICA

NOTA BENE

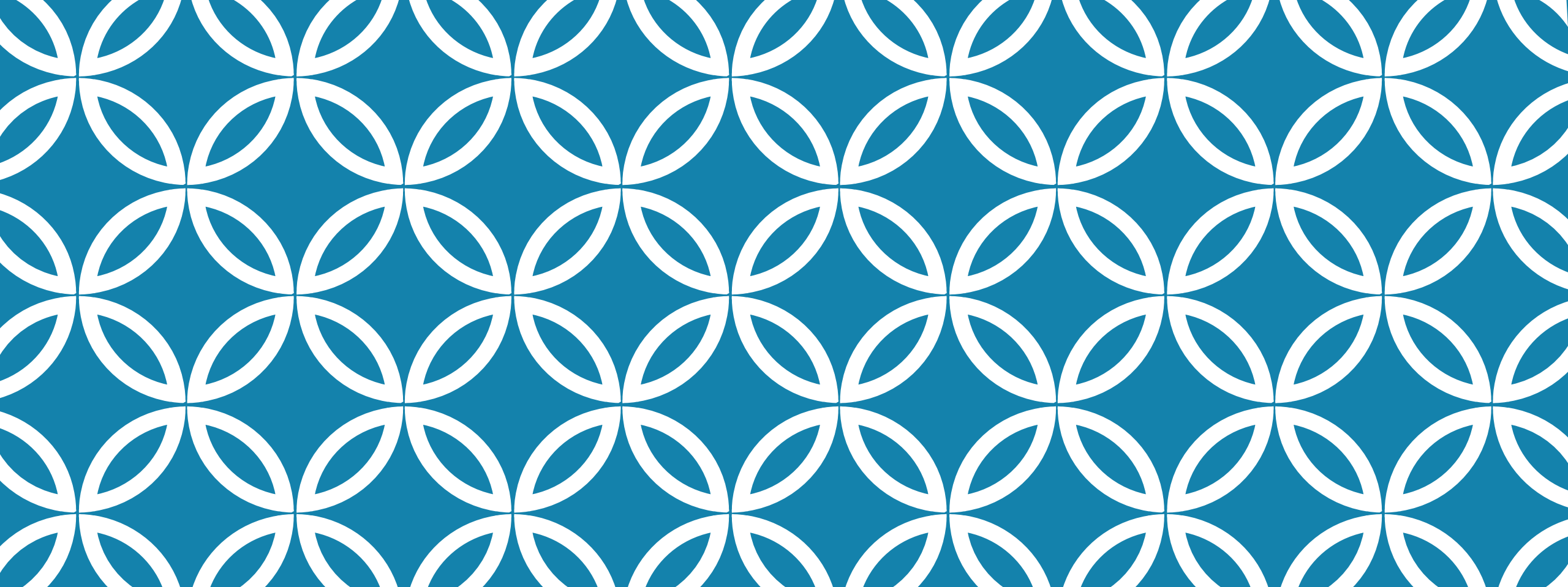
Tenere conto durante la Pianificazione:

Setting/Contesto

Priorità assistenziali

**Obiettivi e interventi devono essere
MIRATI al caso**

DOMANDE?????



GESTIONE DEL DECESSO

PA 200

DEFINIZIONI

SALMA = Corpo umano privo delle funzioni vitali prima dell'accertamento di morte

CADAVERE = Dopo l'accertamento di morte

TANATOGRAMMA = ECG SENZA interruzioni per non meno di 20 minuti

TRASPORTO DELLA SALMA = Trasferimento della salma dal luogo del decesso
a: obitorio, camera mortuaria, luogo designato per le onoranze funebri

VISITA NECROSCOPICA = Esame del cadavere, terminato si redige il Certificato Necroscopico

AUTOPSIA GIUDIZIARIA = Esame sistematico effettuato su incarico della Autorità Giudiziaria per accertare cause di morte ed epoca

GESTIONE DEL DECESSO — RESPONSABILITA' E ATTIVITA'

MEDICO

Constata decesso e annota su diario clinico



Data + Orario

Valida il Tanatogramma (timbro + firma all'inizio e alla fine)

Avvisa i congiunti (nel caso fossero irrintracciabili avvisa Direzione Medica di presidio)



Valida anche se telefonica

Attiva le eventuali procedure di espianto



PA ad hoc

Compila l'avviso di morte e scheda ISTAT

Compila il modulo di trasferimento salma



Presso Camera Mortuaria o
Domicilio

Compila modulo di cremazione

Compila richiesta di autopsia

Segnala alla A.G. in caso di sospetto reato

GESTIONE DEL DECESSO – RESPONSABILITA' E ATTIVITA'

INFERMIERE

Esegue il Tanatogramma



20 Minuti NO TOUCH

Annota data e orario di decesso sulla documentazione

Compila il cartellino identificativo della salma



Identificazione anagrafica
+ Unità Operativa

Compone la salma

Attiva il personale addetto al trasporto



Inserimento della richiesta
online

GESTIONE DEL DECESSO — RESPONSABILITA' E ATTIVITA'

COMPOSIZIONE DELLA SALMA:

Rimozione CVP – Cateteri arteriosi – CV – Presidi di Infusione – Drenaggi (Tranne nei casi in cui sia richiesta indagine autoptica)

Applicare tamponi in caso di perdita di liquidi

Rimozione oggetti di valore e personali (compilare modulo apposito in DOPPIA COPIA) e consegnare TUTTO ai congiunti (se non fossero presenti custodirli in apposita area)

Posizionare dentiera mobile se presente

GESTIONE DEL DECESSO - DOCUMENTAZIONE

DOCUMENTI CHE VENGONO PORTATI IN CAMERA MORTUARIA:

Modulo avvenuto decesso e avvenuto
Tanatogramma

Modulo ISTAT

Modulo Cremazione

Modulo trasferimento salma

DOCUMENTI CHE VENGONO ARCHIVIATI:

Documentazione ricovero/accesso in
PS

Tanatogramma in copia autentica,
timbrata e firmata

Modulo di consegna effetti personali,
firmato da Infermiere e congiunto

GESTIONE DEL DECESSO

SALMA RINVENUTA DA LUOGO ESTERNO DELLA PROPRIA U.O. MA NEI CONFINI OSPEDALIERI

Indipendente dalle cause di morte:

Attivare Forze dell'ordine

Chiamare (anche in orario notturno! Tramite centralino reperibili) il medico della Direzione Medica

Compilare documentazione (constatazione decesso + autorizzazione alla rimozione/trasporto firmata da AG)

NON LAVARE NON SVESTIRE la salma!

GESTIONE DEL DECESSO — LEGGI DI RIFERIMENTO

DPR 285/1990 – Regolamento Polizia Mortuaria

Legge 578/1993 – Accertamento e certificazione di morte

DM 582/1994 – Accertamento e certificazione di morte

LR 19/2004 – Trasporto delle salme