

Lynda Jull Carpenito

Diagnosi infermieristiche

Applicazione alla pratica clinica

Settima edizione



CASA EDITRICE AMBROSIANA

Diagnosi infermieristiche

Applicazione alla pratica clinica

Settima edizione

Lynda Jull Carpenito

RN, MSN, CRNP

Family Nurse Practitioner

ChesPenn Health Services

Chester, Pennsylvania

Nursing Consultant

Mullica Hill, New Jersey

Edizione italiana a cura di

Fabrizio Vezzoli

Direttore CLI ASST Ovest milanese
dell'Università degli Studi di Milano



CASA EDITRICE AMBROSIANA



Prefazione

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria e nella professione infermieristica continuano a verificarsi rapidi cambiamenti. Gli ospedali continuano a ridurre il personale infermieristico, mentre la complessità assistenziale delle persone assistite continua a crescere. Molti infermieri, e persino alcune facoltà universitarie, iniziano a mettere in dubbio l'utilità della diagnosi infermieristica. Sfortunatamente, la diagnosi infermieristica è ancora strettamente associata alla pianificazione tradizionale dell'assistenza. È tempo di separare questi gemelli siamesi in modo che possano funzionare separatamente. Le diagnosi infermieristiche definiscono la scienza e l'arte dell'assistenza infermieristica e sono indispensabili per gli infermieri e la professione infermieristica, così come le diagnosi mediche lo sono per i medici. Le diagnosi infermieristiche organizzano le conoscenze nella letteratura e nella ricerca, nonché nella mente del professionista clinico. Non bisogna sottovalutare l'importanza di questa classificazione. Un professionista clinico esperto nell'utilizzo delle diagnosi infermieristiche può ipotizzare diverse spiegazioni per la rabbia di una persona: paura, ansia, senso di impotenza o sofferenza morale. Senza queste conoscenze, la persona sarebbe semplicemente arrabbiata.

La pianificazione dell'assistenza infermieristica, così come viene insegnata in ambito universitario, è un esercizio accademico che non è sbagliato ma che deve evolversi in uno strumento clinicamente utile mano a mano che lo studente progredisce negli studi. La copia senza fine da libri come questo non migliora la conoscenza della diagnosi infermieristica e il pensiero critico. Gli studenti dovrebbero iniziare utilizzando un piano di assistenza standard (elettronico o cartaceo) e quindi rivederlo in base alle caratteristiche della specifica persona assistita.

La diagnosi infermieristica deve essere presentata in modo clinicamente utile. Dovrebbero essere consultati gli infermieri esperti in determinate diagnosi infermieristiche, così come i nostri colleghi medici consultano altri medici per la loro esperienza. Le strutture sanitarie possono pubblicare un elenco di infermieri esperti, presenti nella loro organizzazione, perché possano essere consultati. Facoltà universitarie, dirigenti e coordinatori infermieristici, e infermieri clinici devono fare la loro parte. Il cambiamento è indispensabile. Le richieste relative alla documentazione non sono realistiche. Con tutta questa necessità di documentare, c'è poco tempo per pensare e analizzare. L'assistenza infermieristica deve difendere il suo diritto di autodeterminare i propri requisiti di documentazione, proprio come fa la medicina.

Se l'assistenza infermieristica continuerà a comportarsi come ha sempre fatto, l'assistenza infermieristica come noi la vogliamo – quella di cui le persone assistite hanno bisogno – cesserà di esistere. Perché l'assistenza infermieristica continuerà a essere definita da ciò che facciamo e scriviamo e non da ciò che sappiamo. Questo libro si concentra sull'assistenza infermieristica, dai criteri per la valutazione iniziale globale agli interventi specifici. Fornisce una struttura sintetica e organizzata della pratica infermieristica clinica, pensata per comunicare l'assistenza infermieristica clinica creativa. Non ha lo scopo di sostituire i libri di testo di scienze infermieristiche, ma piuttosto di fornire agli infermieri che lavorano in una varietà di contesti clinici le informazioni di cui hanno bisogno senza che questo richieda una lunga revisione della letteratura. Aiuterà gli studenti infermieri a trasferire le loro conoscenze teoriche alla pratica clinica e può anche essere utilizzato da infermieri esperti per richiamare alla mente informazioni e nozioni apprese in passato, e per intervenire in quelle situazioni cliniche che in precedenza non erano state individuate o riconosciute.

L'Autore concorda sul fatto che l'assistenza infermieristica ha bisogno di un sistema di classificazione per organizzare le sue funzioni e definirne la portata. L'uso di tale sistema di classificazione accelererebbe le attività di ricerca scientifica e faciliterebbe la comunicazione tra infermieri, persone assistite e altri professionisti sanitari. Dopotutto, la medicina ha impiegato più di 100 anni per sviluppare la sua tassonomia. Il nostro lavoro, negli Stati Uniti, è iniziato solo nel 1973. La speranza è che i lettori siano stimolati a partecipare, a livello locale e internazionale, all'utilizzo e allo sviluppo delle diagnosi infermieristiche.

Da quando è stata pubblicata la prima edizione, l'uso della diagnosi infermieristica è aumentato notevolmente negli Stati Uniti, in Canada e a livello internazionale. Il livello di esperienza, in questo campo, degli infermieri clinici varia dai principianti che sono alle prime esperienze con la diagnosi infermieristica agli esperti che la integrano pienamente nella propria pratica clinica da oltre 40 anni. Con una tale varietà di utilizzatori, le domande poste dai principianti di solito includono le seguenti:

- Qual è il significato dei titoli delle diagnosi?
- Quale tipo di domande durante la valutazione iniziale forniranno le risposte utili a identificare le corrette diagnosi infermieristiche?
- Come faccio a differenziare una diagnosi da un'altra simile?
- Come posso personalizzare una diagnosi per una persona specifica?
- Come devo intervenire dopo aver formulato la diagnosi infermieristica?
- Come pianifico l'assistenza utilizzando le diagnosi infermieristiche?

Queste domande sono molto diverse da quelle che farebbe un utilizzatore esperto:

- Le diagnosi infermieristiche dovrebbero essere gli unici problemi di salute elencati nel piano di assistenza infermieristico?
- Le diagnosi mediche possono essere incluse nella formulazione di una diagnosi infermieristica?
- Quali sono i problemi etici nell'uso delle diagnosi infermieristiche?
- Che tipo di enunciazione diagnostica dovrei scrivere per descrivere una persona a rischio di emorragia?
- Come posso usare in modo efficiente la diagnosi infermieristica?
- Che tipo di diagnosi infermieristica dovrei usare per descrivere una persona sana?
- Ho bisogno di diagnosi infermieristiche quando utilizzo percorsi clinici?

La quindicesima edizione di questo testo (si tratta della settima edizione italiana, traduzione della quindicesima edizione americana, *NdC*) vuole continuare a rispondere a tutte queste domande.

Organizzazione del testo

Per facilitarne la consultazione e l'utilizzo, il testo è organizzato in tre sezioni.

Sezione 1: Il centro di interesse dell'assistenza infermieristica

La Sezione 1, che comprende sette capitoli, pone le basi per comprendere le diagnosi infermieristiche descritte nella Sezione 2.

Il Capitolo 1 affronta argomenti riguardanti l'etica e le implicazioni culturali delle diagnosi infermieristiche. Discute le implicazioni dell'utilizzo di un linguaggio standardizzato, da parte degli infermieri, all'interno di un team multidisciplinare.

Il Capitolo 2 si concentra sullo sviluppo delle diagnosi infermieristiche e sul lavoro di NANDA International (NANDA-I). Il capitolo esplora i concetti di diagnosi infermieristica, classificazione e tassonomia. Presenta il processo di revisione di NANDA-I e descrive l'evoluzione della tassonomia NANDA-I. Il Capitolo 2 affronta anche il tema dell'utilizzo di diagnosi infermieristiche non approvate da NANDA-I e fornisce informazioni pratiche relativamente all'uso delle diagnosi infermieristiche.

Il Capitolo 3 distingue tra diagnosi infermieristiche attuali, di rischio e possibili. Presenta anche informazioni sulle diagnosi di promozione della salute e su quelle a sindrome. Delinea inoltre le linee guida per la scrittura degli enunciati diagnostici e per evitare errori di formulazione.

Il Capitolo 4 descrive il modello bifocale della pratica clinica. Viene delineato il concetto di diagnosi infermieristica, con la spiegazione di cosa la diagnosi infermieristica è e cosa non è. Questo capitolo comprende una discussione dettagliata delle diagnosi infermieristiche e dei problemi collaborativi, che descrive le loro relazioni con la valutazione iniziale, gli obiettivi di salute, gli interventi infermieristici e la rivalutazione continua.

Il Capitolo 5 descrive il processo di pianificazione dell'assistenza infermieristica e discute vari strumenti di pianificazione. Gli argomenti trattati includono l'identificazione delle priorità assistenziali, gli obiettivi da gestire in collaborazione con altri professionisti e quelli perseguibili in modo autonomo dall'infermiere, il case management e le responsabilità del professionista infermiere. Il capitolo differenzia gli interventi nel caso delle diagnosi infermieristiche da quelli previsti per i problemi collaborativi. Fornisce anche chiarimenti sulla rivalutazione continua, distinguendo la valutazione dell'assistenza infermieristica dalla valutazione della condizione della persona assistita. Presenta una discussione sull'assistenza multidisciplinare, insieme a un sistema di pianificazione dell'assistenza infermieristica a tre livelli volto a facilitare l'uso clinico dei piani di assistenza standard senza aumentare le necessità di scrittura. In tutto il capitolo sono presentati esempi di registrazione e documentazione dell'assistenza infermieristica.

Il Capitolo 6 spiega come mettere tutto insieme, dalla valutazione iniziale globale della persona assistita alla rivalutazione continua. Particolare attenzione è dedicata alle difficoltà di identificare i problemi prioritari. Vengono quindi presentati criteri per la selezione di diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi prioritari.

Il Capitolo 7, nuovo di questa edizione, delinea il processo di assistenza nella fase di transizione della persona assistita tra differenti strutture assistenziali o durante la dimissione verso l'assistenza domiciliare. Il coinvolgimento attivo della persona assistita richiede che essa abbia un ruolo importante da svolgere nell'ambito della propria assistenza. Per questo, nel capitolo vengono descritte le strategie per coinvolgere la persona e la sua famiglia nella pianificazione e nella definizione dei risultati di salute attesi (per esempio, attraverso la riconciliazione dei farmaci e l'individuazione dei possibili ostacoli all'adesione alla terapia da parte dell'assistito). Viene inoltre presentato l'uso delle diagnosi infermieristiche ad alto rischio per affrontare le condizioni acquisite in ospedale prevenibili.

Sezione 2: Manuale delle diagnosi infermieristiche

La Sezione 2 è la parte fondamentale di questo testo ed è organizzata in quattro parti:

- Parte 1: Diagnosi infermieristiche relative alla persona
- Parte 2: Diagnosi infermieristiche relative a famiglia/convivenza
- Parte 3: Diagnosi infermieristiche di comunità
- Parte 4: Diagnosi infermieristiche di promozione della salute e di benessere

Ogni parte include un'introduzione, indicazioni per la valutazione della popolazione specifica, concetti chiave, note dell'Autore e diagnosi specifiche per la popolazione oggetto della parte. Le diagnosi sono presentate secondo una struttura standard:

- Definizione¹
- Caratteristiche definenti o fattori di rischio¹
- Fattori correlati
- Note dell'Autore
- Errori nella formulazione della diagnosi
- Concetti chiave, che a loro volta possono comprendere:
 - Considerazioni correlate alla maternità
 - Considerazioni pediatriche
 - Considerazioni geriatriche
 - Considerazioni transculturali
- Appunti di Carpenito

Le *Note dell'Autore* e gli *Errori nella formulazione della diagnosi* sono progettati per aiutare l'infermiere a comprendere i concetti che stanno alla base della diagnosi trattata, differenziare la diagnosi da altre diagnosi simili ed evitare errori diagnostici. Le considerazioni correlate alla maternità, pediatriche e geriatriche, presenti in tutte le diagnosi per cui risultano pertinenti, forniscono ulteriori informazioni cliniche sulla formulazione e l'utilizzo della diagnosi. Le *Considerazioni transculturali* sono pensate per aumentare la sensibilità del lettore alla diversità culturale, senza stereotipi. Le indicazioni degli *Appunti di Carpenito* sono note dell'Autore per enfatizzare un certo principio di assistenza, una questione controversa o una sfida etica.

Vengono inoltre indicati gli obiettivi a cui deve mirare l'assistenza di una persona per la quale venga formulata la diagnosi infermieristica. Sono quindi riportati, assieme ai relativi razionali, gli interventi suggeriti per raggiungere tali obiettivi. Questi interventi rappresentano attività che l'infermiere può svolgere in modo autonomo, derivate dalle scienze fisiche e applicate, dalla farmacologia, dall'alimentazione, dalla psicologia e dalla ricerca infermieristica. Se opportuno, sono inclusi interventi specifici rivolti alle puerpere, ai bambini o alle persone anziane, anche questi accompagnati dai relativi razionali.

Seguono, eventualmente, una o più diagnosi infermieristiche specifiche che si riferiscono a situazioni cliniche simili.

Per ciascuna diagnosi infermieristica sono elencati anche i risultati di salute collegati tratti dalla *Classificazione NOC dei risultati infermieristici* e i relativi interventi infermieristici tratti dalla *Classificazione NIC degli interventi infermieristici* per assistere gli infermieri e gli studenti che sviluppano in maniera informatica la pianificazione dell'assistenza. Gli obiettivi, gli indicatori e gli interventi sono opera dell'Autore, non degli autori delle classificazioni NOC o NIC.

È stato fatto ogni sforzo per fornire ai lettori i più recenti riferimenti bibliografici tratti dalla ricerca scientifica specifica. Spesso agli studenti viene chiesto di non utilizzare riferimenti che abbiano una data che va oltre i 5 anni precedenti. Tuttavia, di tanto in tanto, un articolo o una ricerca originali su un dato argomento rimangono attuali e rappresentano lo stato dell'arte anche a 10 anni di distanza. Se un autore o un ricercatore utilizza l'opera originale per ricerche successive, spesso al posto della sua ricerca viene citata quella precedente. Non sono d'accordo con questa pratica, in quanto ritengo che dovrebbero essere menzionati entrambi i lavori. Pertanto, in questo libro, il lettore troverà citazioni di vari anni e molte di queste citazioni sono più vecchie di 5 anni.

¹ Le definizioni, le caratteristiche definenti e i fattori di rischio indicati come NANDA-I sono tratti da testo NANDA International, *Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione 2018-2020*, pubblicato da CEA Casa Editrice Ambrosiana. Copyright © 2018, 2015, 2012, 2009, 2007, 2003, 2001, 1998, 1996, 1994 NANDA International. Tutti i diritti riservati.

Sezione 3: Manuale dei problemi collaborativi

La Sezione 3 presenta i problemi collaborativi. In questa sezione, ciascuno di nove problemi collaborativi generici è presentato seguendo una struttura standard:

- Definizione
- Note dell'Autore
- Esami di laboratorio e indagini diagnostiche

All'interno dei relativi problemi generali sono discussi 44 problemi collaborativi specifici, per ciascuno dei quali sono forniti:

- Definizione
- Situazioni ad alto rischio
- Finalità dell'assistenza
- Interventi generali e razionale

Appendici

Appendice A: Diagnosi infermieristiche raggruppate secondo i modelli funzionali della salute di Gordon


Appendice B: Raccolta dati infermieristica all'ammissione

Appendice C: Strategie per aumentare la motivazione e la partecipazione degli assistiti/famiglie

Appendice D: Strumenti per la valutazione dei rischi relativi alla prevenzione delle condizioni acquisibili in ospedale

L'Autore apprezzerà molto ricevere commenti o suggerimenti dei lettori. Le comunicazioni possono essere inviate all'indirizzo e-mail Juall46@msn.com

Lynda Juall Carpenito, RN, MSN, CRNP



Presentazione della settima edizione italiana

Continua, in questa nuova edizione del volume *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*, il percorso di evoluzione, aggiornamento e miglioramento delle diagnosi infermieristiche di Lynda Carpenito.

Varie sono infatti le diagnosi infermieristiche di nuova approvazione, le diagnosi infermieristiche revisionate e le diagnosi infermieristiche ritirate in quanto povere di evidenze scientifiche a sostegno del loro mantenimento nella tassonomia.

Sempre più evidente è anche la tendenza ad affrancarsi dalle malattie e a porre l'attenzione sulle risposte umane, per esempio con l'ampliamento della proposta di fattori correlati (cause o fattori contribuenti) che risultino modificabili con interventi infermieristici.

Particolarmente utile è il contributo fornito dall'Autore riportato nei *Concetti chiave*, in cui vengono approfonditi aspetti tratti dalla letteratura in relazione alla diagnosi e agli interventi, negli *Errori nella formulazione della diagnosi*, in cui vengono riportati gli errori più frequenti di formulazione delle diagnosi infermieristiche e consigli per evitarli, nelle *Nota dell'Autore*, che contengono aspetti utili a comprendere i concetti alla base della diagnosi e a differenziarla dalle diagnosi affini, negli *Appunti di Carpenito*, una sorta di "Lo sapevate che..." atto a sottolineare un principio di assistenza, una questione controversa o una sfida etica e nelle *Criticità cliniche*, che avvisano di eventi che richiedono un'azione tempestiva.

Nell'ottica di stimolare il processo diagnostico, cioè l'identificazione dei problemi, dei punti di forza, dei rischi per la persona, per i caregiver, per la famiglia o per la comunità, prima di effettuare qualsiasi intervento assistenziale, viene riportata la metodologia SBAR (*Situation*, Situazione; *Background*, Contesto; *Assessment*, Valutazione; *Recommendation*, Raccomandazioni), che mostra come valutare una situazione prima di intervenire e come valutare la situazione dopo l'intervento, anche al fine di facilitare la comunicazione tra professionisti sanitari facendo riferimento a informazioni basilari, pertinenti e chiare.

Il libro si propone come strumento di formazione per gli studenti infermieri e di lavoro per gli infermieri clinici, per rendere maggiormente evidente il contributo delle Scienze infermieristiche nel raggiungimento di risultati di salute in un momento in cui appare sempre più evidente la necessità di assistenza professionale.

Fabrizio Vezzoli

Direttore CLI ASST Ovest milanese
dell'Università degli Studi di Milano



Indice

Sezione 1 Il centro di interesse dell'assistenza infermieristica 1

Capitolo 1	Diagnosi infermieristiche: temi e dibattito	3
Capitolo 2	Sviluppo delle diagnosi infermieristiche	9
Capitolo 3	Diagnosi infermieristiche: tipi e formulazione	13
Capitolo 4	Diagnosi infermieristica: cos'è, cosa non è	21
Capitolo 5	Pianificare l'assistenza con le diagnosi infermieristiche	31
Capitolo 6	Undici passi per mettere tutto insieme con o senza le mappe concettuali	51
Capitolo 7	Assistenza alla persona in transizione	59

Sezione 2 Manuale delle diagnosi infermieristiche 65

PARTE 1	Diagnosi infermieristiche relative alla persona	67
•	Afflizione cronica	67
•	Allattamento al seno inefficace	71
•	Allattamento al seno interrotto	78
•	Ansia	79
	<i>Ansia di morte</i>	88
•	Coinvolgimento in attività diversive ridotto	94
•	Autonegligenza	98
•	Benessere compromesso	99
	<i>Dolore acuto</i>	107
	<i>Dolore cronico</i>	121
	<i>Sindrome del dolore cronico</i>	126
	<i>Dolore da parto</i>	131
	<i>Nausea</i>	137
•	Campo di energia squilibrato	141
•	Capacità adattativa intracranica ridotta	145
•	Comportamento di salute rischioso	145
•	Comportamento disorganizzato dell'infante	151
	<i>Rischio di comportamento disorganizzato dell'infante</i>	158
•	Comunicazione compromessa	159
	<i>Comunicazione compromessa correlata a deficit uditivo</i>	165
	<i>Comunicazione compromessa correlata agli effetti dell'afasia sull'espressione o sulla comprensione</i>	167
	<i>Comunicazione compromessa correlata alla barriera rappresentata da una lingua straniera</i>	170

<i>Comunicazione verbale compromessa</i>	172
• Conflitto decisionale	174
<i>Processo decisionale autonomo (Emancipated Decision Making) compromesso</i>	179
<i>Rischio di processo decisionale autonomo (Emancipated Decision Making) compromesso</i>	184
<i>Disponibilità a migliorare il processo decisionale autonomo (Emancipated Decision Making)</i>	184
• Confusione mentale acuta	185
• Confusione mentale cronica	194
• Conoscenza insufficiente	202
• Coping inefficace	203
<i>Coping difensivo</i>	214
<i>Controllo degli impulsi inefficace</i>	216
<i>Negazione inefficace</i>	218
<i>Negazione inefficace correlata a compromessa capacità di accettare le conseguenze del proprio comportamento, che si manifesta con il mancato riconoscimento dell'addiction (droga, alcol, gioco, sesso, cleptomania, piromania, shopping)</i>	222
<i>Controllo emozionale labile</i>	225
<i>Regolazione dell'umore compromessa</i>	227
• Crescita e sviluppo ritardati	228
<i>Rischio di sviluppo ritardato</i>	233
<i>Incapacità di sviluppo della persona adulta</i>	233
• Diarrea	236
• Disriflessia	242
<i>Rischio di disriflessia</i>	246
• Disturbo del concetto di sé	247
<i>Disturbo dell'immagine corporea</i>	254
<i>Disturbo dell'identità personale</i>	259
<i>Rischio di disturbo dell'identità personale</i>	259
<i>Disturbo dell'autostima</i>	260
<i>Autostima cronicamente scarsa</i>	262
<i>Rischio di autostima cronicamente scarsa</i>	264
<i>Autostima situazionale scarsa</i>	264
<i>Rischio di autostima situazionale scarsa</i>	267
• Eliminazione urinaria compromessa	268
<i>Enuresi legata allo sviluppo</i>	274
<i>Incontinenza urinaria funzionale</i>	278
<i>Incontinenza urinaria riflessa</i>	282
<i>Incontinenza urinaria da sforzo</i>	284
<i>Incontinenza urinaria totale</i>	287
<i>Incontinenza urinaria da urgenza</i>	290
<i>Incontinenza urinaria da rigurgito</i>	292
• Eminegligenza	294
• Fatigue	299
• Gittata cardiaca ridotta	306
• Guarigione chirurgica ritardata	307
<i>Rischio di guarigione chirurgica ritardata</i>	307
• Incontinenza fecale	310
• Interazioni sociali compromesse	313
• Intolleranza all'attività	321
<i>Intolleranza all'attività correlata a insufficiente conoscenza della necessità di tecniche adattative, secondaria a broncopneumopatia cronica ostruttiva</i>	328
<i>Intolleranza all'attività correlata a insufficiente conoscenza della necessità di tecniche adattative secondaria ad alterata funzionalità cardiaca</i>	332
• Iperbilirubinemia neonatale	334
<i>Rischio di iperbilirubinemia neonatale</i>	334
• Isolamento sociale	335

• Produzione di latte materno insufficiente	336
• Lutto	337
<i>Lutto anticipatorio</i>	347
<i>Lutto complicato</i>	350
<i>Rischio di lutto complicato</i>	352
• Mancanza di speranza	353
• Mantenimento della salute inefficace	361
<i>Mantenimento della salute inefficace correlato a insufficiente conoscenza degli effetti del tabacco e delle risorse di autoaiuto disponibili</i>	374
<i>Gestione della salute inefficace</i>	378
• Memoria compromessa	387
• Mobilità compromessa	390
<i>Mobilità compromessa nel letto</i>	399
<i>Posizione seduta compromessa</i>	400
<i>Posizione eretta compromessa</i>	401
<i>Deambulazione compromessa</i>	401
<i>Mobilità compromessa con la sedia a rotelle</i>	402
<i>Capacità di trasferimento compromessa</i>	403
• Modello di sessualità inefficace	405
<i>Modello di sessualità inefficace correlato alle modificazioni pre- e postpartum</i>	418
<i>Disfunzione sessuale</i>	422
• Modello di sonno disturbato	422
<i>Insonnia</i>	430
<i>Privazione di sonno</i>	431
• Motilità gastrointestinale disfunzionale	432
<i>Rischio di motilità gastrointestinale disfunzionale</i>	432
• Non adesione	433
• Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico	434
<i>Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico correlata a inappetenza secondaria a (specificare)</i>	448
<i>Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico correlata alla difficoltà o all'incapacità di procurarsi il cibo</i>	450
<i>Dentizione compromessa</i>	452
<i>Deglutizione compromessa</i>	453
<i>Modello di alimentazione inefficace del lattante</i>	458
• Obesità	463
<i>Sovrappeso</i>	471
<i>Rischio di sovrappeso</i>	472
• Partecipazione attiva compromessa	479
<i>Rischio di partecipazione attiva compromessa</i>	480
<i>Disponibilità a migliorare la partecipazione attiva</i>	480
• Paura	480
• Perfusione tissutale inefficace	486
<i>Rischio di perfusione tissutale cardiaca ridotta</i>	487
<i>Rischio di perfusione tissutale cerebrale inefficace</i>	487
<i>Rischio di perfusione gastrointestinale inefficace</i>	488
<i>Perfusione tissutale periferica inefficace</i>	489
<i>Rischio di perfusione tissutale periferica inefficace</i>	494
<i>Rischio di disfunzione neurovascolare periferica</i>	494
<i>Rischio di perfusione renale inefficace</i>	495
• Pianificazione delle attività inefficace	496
<i>Rischio di pianificazione delle attività inefficace</i>	496
• Prestazioni di ruolo inefficaci	497
• Processo della gravidanza e della maternità inefficace	498
<i>Rischio di processo della gravidanza e della maternità inefficace</i>	499
• Protezione inefficace	499
<i>Rischio di lesione corneale</i>	500

<i>Rischio di secchezza oculare</i>	503
<i>Integrità tissutale compromessa</i>	506
<i>Rischio di integrità tissutale compromessa</i>	508
<i>Ulcera da pressione correlata agli effetti della pressione, della forza di taglio, della frizione e della macerazione</i>	509
<i>Rischio di ulcera da pressione</i>	519
<i>Integrità cutanea compromessa</i>	525
<i>Rischio di integrità cutanea compromessa</i>	526
<i>Integrità della mucosa orale compromessa</i>	526
<i>Rischio di integrità della mucosa orale compromessa, correlato a inadeguata igiene orale o a incapacità di provvedere all'igiene orale</i>	531
• <i>Reazione allergica al lattice</i>	535
<i>Rischio di reazione allergica al lattice</i>	537
• <i>Relazione inefficace</i>	539
<i>Rischio di relazione inefficace</i>	540
• <i>Resilienza compromessa</i>	540
<i>Rischio di resilienza compromessa</i>	541
• <i>Rischio di autolesionismo</i>	541
<i>Automutilazione</i>	547
<i>Rischio di automutilazione</i>	548
<i>Rischio di suicidio</i>	550
• <i>Rischio di degrado della dignità umana</i>	557
• <i>Rischio di funzionalità epatica compromessa</i>	563
• <i>Rischio di funzionalità respiratoria inefficace</i>	564
<i>Risposta allo svezamento dal ventilatore disfunzionale</i>	569
<i>Rischio di risposta allo svezamento dal ventilatore disfunzionale</i>	576
<i>Liberazione delle vie aeree inefficace</i>	578
<i>Modello di respirazione inefficace</i>	580
<i>Scambi gassosi compromessi</i>	583
<i>Ventilazione spontanea compromessa</i>	584
• <i>Rischio di glicemia instabile</i>	584
• <i>Rischio di infezione</i>	585
• <i>Rischio di lesione</i>	597
<i>Rischio di lesione correlato a inadeguata consapevolezza dei rischi ambientali</i>	605
<i>Rischio di lesione correlato a inadeguata consapevolezza dei rischi ambientali secondaria all'età di sviluppo</i>	611
<i>Rischio di lesione correlato a vertigini secondarie a ipotensione ortostatica</i>	613
<i>Rischio di aspirazione</i>	614
<i>Rischio di avvelenamento</i>	618
<i>Rischio di cadute</i>	618
<i>Rischio di lesione termica</i>	624
<i>Rischio di soffocamento</i>	625
<i>Rischio di trauma fisico</i>	625
<i>Rischio di lesione da posizionamento perioperatorio</i>	625
<i>Rischio di lesione del tratto urinario</i>	631
• <i>Rischio di reazione allergica</i>	632
• <i>Rischio di reazione avversa al mezzo di contrasto iodato</i>	637
• <i>Rischio di sanguinamento</i>	641
• <i>Rischio di shock</i>	642
• <i>Rischio di sindrome da immobilizzazione</i>	642
• <i>Rischio di morte improvvisa infantile</i>	651
• <i>Rischio di solitudine</i>	654
• <i>Rischio di squilibrio elettrolitico</i>	659
• <i>Rischio di temperatura corporea squilibrata</i>	660
<i>Ipertermia</i>	664
<i>Ipotermia</i>	666
<i>Termoregolazione inefficace</i>	668

<i>Termoregolazione inefficace correlata al passaggio del neonato nell'ambiente extrauterino</i>	669
• Rischio di trasmissione di infezioni	671
<i>Rischio di trasmissione di infezioni correlato a insufficiente conoscenza delle modalità di trasmissione dell'HIV</i>	676
• Rischio di trauma vascolare	678
<i>Rischio di trauma vascolare correlato all'infusione di farmaci vescicanti</i>	680
• Rischio di violenza rivolta a se stessi	681
• Rischio di violenza rivolta ad altri	682
• Rischio di volume di liquidi squilibrato	690
• Senso di impotenza	691
<i>Rischio di senso di impotenza</i>	696
• Sindrome da deficit nella cura di sé	696
<i>Deficit nella cura di sé: alimentazione</i>	701
<i>Deficit nella cura di sé: bagno</i>	704
<i>Deficit nella cura di sé: strumentale</i>	706
<i>Deficit nella cura di sé: uso del gabinetto</i>	708
<i>Deficit nella cura di sé: vestirsi</i>	711
• Sindrome da interpretazione dell'ambiente compromessa	713
• Sindrome da stress da trasferimento	713
<i>Sindrome da stress da trasferimento correlata ai cambiamenti associati all'ingresso in una struttura residenziale</i>	717
<i>Rischio di sindrome da stress da trasferimento</i>	721
• Sindrome dell'anziano fragile	723
<i>Rischio di sindrome dell'anziano fragile</i>	726
• Sindrome post-traumatica	730
<i>Rischio di sindrome post-traumatica</i>	737
<i>Sindrome da trauma da stupro (sindrome da trauma da violenza sessuale)</i>	737
• Sofferenza morale	747
<i>Rischio di sofferenza morale</i>	754
• Sofferenza spirituale	757
<i>Sofferenza spirituale correlata al conflitto tra convinzioni religiose o spirituali e regime di trattamento prescritto</i>	767
<i>Rischio di sofferenza spirituale</i>	769
<i>Religiosità compromessa</i>	770
<i>Rischio di religiosità compromessa</i>	773
• Sovraccarico psicofisico da stress	774
• Stile di vita sedentario	777
• Stipsi funzionale cronica	781
<i>Stipsi percepita</i>	788
• Tensione nel ruolo di caregiver	790
<i>Rischio di tensione nel ruolo di caregiver</i>	796
• Volume di liquidi eccessivo	797
• Volume di liquidi insufficiente	802
• Wandering	809
PARTE 2 Diagnosi infermieristiche relative a famiglia/convivenza	813
• Coping inadeguato della famiglia	821
<i>Coping inadeguato della famiglia correlato a (specificare) come evidenziato da violenza del partner</i>	824
<i>Coping inadeguato della famiglia correlato a (specificare) come evidenziato da violenza o negligenza nei confronti di bambini</i>	827
<i>Coping inadeguato della famiglia correlato allo stress per l'assistenza a una persona anziana</i>	829
• Coping indebolito della famiglia	832
• Disponibilità a migliorare il coping della famiglia	834
• Gestione della casa compromessa	835
• Processi familiari interrotti	838
• Processi familiari disfunzionali	840
• Disponibilità a migliorare i processi familiari	846
• Ruolo genitoriale compromesso	847

<i>Rischio di attaccamento compromesso</i>	851
• Disponibilità a migliorare il ruolo genitoriale	854
• Conflitto in rapporto al ruolo genitoriale	855
<i>Conflitto in rapporto al ruolo genitoriale correlato agli effetti della malattia e/o dell'ospedalizzazione di un figlio</i>	857
PARTE 3 Diagnosi infermieristiche di comunità	859
• Contaminazione della comunità	865
<i>Rischio di contaminazione della comunità</i>	867
• Coping inefficace della comunità	868
• Disponibilità a migliorare il coping della comunità	870
• Gestione della salute inefficace della comunità	872
• Salute insufficiente della comunità	875
PARTE 4 Diagnosi infermieristiche di promozione della salute e di benessere	877
• Disponibilità a migliorare l'allattamento al seno	880
• Disponibilità a migliorare il benessere	880
• Disponibilità a migliorare il benessere spirituale	881
• Disponibilità a migliorare il bilancio idrico	882
• Disponibilità a migliorare il comportamento organizzato dell'infante	883
• Disponibilità a migliorare la comunicazione	886
• Disponibilità a migliorare il concetto di sé	886
• Disponibilità a migliorare la conoscenza (specificare)	887
• Disponibilità a migliorare il coping	887
• Disponibilità a migliorare la cura di sé	889
• Disponibilità a migliorare l'eliminazione urinaria	889
• Disponibilità a migliorare la gestione della salute	890
• Disponibilità a migliorare la nutrizione	892
• Disponibilità a migliorare il processo decisionale	893
• Disponibilità a migliorare il processo decisionale autonomo	893
• Disponibilità a migliorare il processo della gravidanza e della maternità	894
• Disponibilità a migliorare la relazione	895
• Disponibilità a migliorare la religiosità	896
• Disponibilità a migliorare la resilienza	897
• Disponibilità a migliorare il sonno	898
• Disponibilità a sviluppare il proprio potenziale	898
• Disponibilità ad aumentare la speranza	899
Sezione 3 Manuale dei problemi collaborativi	901
• Rischio di complicanze: disfunzione cardiaca e/o vascolare	903
<i>Rischio di complicanze: aritmie</i>	904
<i>Rischio di complicanze: edema polmonare</i>	906
<i>Rischio di complicanze: emorragia</i>	909
<i>Rischio di complicanze: ipertensione intra-addominale</i>	911
<i>Rischio di complicanze: ipovolemia</i>	913
<i>Rischio di complicanze: riduzione della gittata cardiaca</i>	915
<i>Rischio di complicanze: sindrome compartimentale</i>	916
<i>Rischio di complicanze: trombosi venosa profonda</i>	919
• Rischio di complicanze: disfunzione respiratoria	924
<i>Rischio di complicanze di atelectasia e polmonite</i>	925
<i>Rischio di complicanze: ipossiemia</i>	928
• Rischio di complicanze: disfunzione renale e/o urinaria	929

<i>Rischio di complicanze: calcolosi renale</i>	931
<i>Rischio di complicanza di insufficienza renale</i>	932
<i>Rischio di complicanze: ritenzione urinaria acuta</i>	937
• <i>Rischio di complicanze: disfunzione gastrointestinale e/o epatica e/o biliare</i>	938
<i>Rischio di complicanze: disfunzione epatica</i>	939
<i>Rischio di complicanze: emorragia gastrointestinale</i>	942
<i>Rischio di complicanze: ileo paralitico</i>	944
<i>Rischio di complicanze: iperbilirubinemia</i>	946
• <i>Rischio di complicanze: disfunzione metabolica e/o immunitaria e/o ematopoietica</i>	952
<i>Rischio di complicanze: acidosi metabolica o respiratoria</i>	953
<i>Rischio di complicanza di alcalosi metabolica o respiratoria</i>	955
<i>Rischio di complicanze: bilancio azotato negativo</i>	958
<i>Rischio di complicanze: crisi falciforme</i>	959
<i>Rischio di complicanze: infezioni opportunistiche</i>	963
<i>Rischio di complicanze: ipoglicemia/iperglicemia</i>	966
<i>Rischio di complicanze: reazione allergica</i>	968
<i>Rischio di complicanze: sindrome da risposta infiammatoria sistemica/sepsi</i>	971
<i>Rischio di complicanze: squilibri elettrolitici</i>	973
<i>Rischio di complicanze: trombocitopenia</i>	981
• <i>Rischio di complicanze: disfunzione neurologica e/o sensoriale</i>	983
<i>Rischio di complicanze: astinenza da alcol</i>	984
<i>Rischio di complicanze: crisi convulsive</i>	986
<i>Rischio di complicanze: ipertensione intracranica</i>	989
• <i>Rischio di complicanze: disfunzione muscoloscheletrica</i>	993
<i>Rischio di complicanze: fratture patologiche</i>	994
<i>Rischio di complicanze: lussazione</i>	996
• <i>Rischio di complicanze: effetti avversi della terapia farmacologica</i>	997
<i>Rischio di complicanze: effetti avversi della terapia con farmaci adrenocorticosteroidi</i>	998
<i>Rischio di complicanze: effetti avversi della terapia con farmaci ansiolitici</i>	1000
<i>Rischio di complicanze: effetti avversi della terapia con farmaci antiaritmici</i>	1001
<i>Rischio di complicanze: effetti avversi della terapia con farmaci anticoagulanti</i>	1003
<i>Rischio di complicanze: effetti avversi della terapia con farmaci anticonvulsivanti</i>	1005
<i>Rischio di complicanze: effetti avversi della terapia con farmaci antidepressivi</i>	1007
<i>Rischio di complicanze: effetti avversi della terapia con farmaci antineoplastici</i>	1009
<i>Rischio di complicanze: effetti avversi della terapia con farmaci antipertensivi</i>	1011
<i>Rischio di complicanze: effetti avversi della terapia con farmaci antipsicotici</i>	1011
<i>Rischio di complicanze: effetti avversi della terapia con farmaci betabloccanti</i>	1013
<i>Rischio di complicanze: effetti avversi della terapia con farmaci calcioantagonisti</i>	1015
<i>Rischio di complicanze: effetti avversi della terapia con farmaci diuretici</i>	1017
<i>Rischio di complicanze: effetti avversi della terapia con farmaci inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina e della terapia con farmaci antagonisti dei recettori dell'angiotensina</i>	1018
Appendice A, Diagnosi infermieristiche raggruppate secondo i modelli funzionali della salute di Gordon	1021
Appendice B, Raccolta dati infermieristica all'ammissione	1025
Appendice C, Strategie per aumentare la motivazione e la partecipazione degli assistiti/famiglie	1031
Appendice D, Strumenti per la valutazione dei rischi relativi alla prevenzione delle condizioni acquisibili in ospedale	1037
Bibliografia	1041
Indice analitico	1083



SEZIONE 1

Il centro di interesse dell'assistenza infermieristica

INTRODUZIONE

*L'assistenza infermieristica consiste innanzitutto nell'aiutare le persone (sane o malate) nelle attività che contribuiscono alla salute o al suo recupero (oppure a una morte serena), attività che esse svolgono autonomamente quando possiedono l'energia, la volontà e le conoscenze necessarie. L'assistenza infermieristica, inoltre, aiuta la persona a seguire la terapia prescritta e a rendersi indipendente dall'assistenza stessa nel più breve tempo possibile** (Henderson & Nite, 1960).

Tutti noi interagiamo continuamente con le altre persone e con l'ambiente esterno e, allo stesso tempo, rispondiamo a ciò che avviene nella nostra mente e nel nostro corpo. Noi, quindi, siamo in uno stato di costante interazione e reazione.

La *salute* è una condizione dinamica, in continuo mutamento, influenzata da modelli di interazione passati e presenti. È lo stato di benessere così come la persona lo definisce, non solo l'assenza di una malattia fisica o psichica.

- Quando cerchiamo consigli per la nostra salute siamo liberi di scegliere se accettarli o meno.
- Siamo noi a definire il nostro stato di salute.
- Siamo noi i responsabili della nostra salute.
- Facciamo delle scelte, alcune salutari, altre no.

Negli ultimi decenni le esigenze della società rispetto alla salute sono mutate e pertanto anche gli infermieri hanno modificato la loro prospettiva rispetto ai destinatari dell'assistenza infermieristica, siano essi persone, famiglie o comunità. La *persona* ha necessità di assistenza non solo quando un problema attuale o potenziale compromette la sua salute, ma anche quando desidera essere aiutata a raggiungere un livello migliore di salute. L'uso del termine *persona assistita* al posto di *paziente* vuole evidenziare che il destinatario dell'assistenza infermieristica è un individuo che in modo intenzionale e consapevole decide l'assistenza di cui necessita. Il termine *famiglia* (o familiari) viene utilizzato per indicare ogni persona o gruppo di persone che costituisce un sistema di sostegno per la persona assistita. La parola *comunità* è usata per descrivere i sistemi di sostegno presenti in un ambito geografico (per esempio, i centri per anziani di una città).

La definizione di assistenza infermieristica riportata sopra, che risale a cinquant'anni fa, è rilevante oggi quanto lo era allora. Il servizio dell'arte e della scienza infermieristica è necessario quando la forza, la volontà o le conoscenze delle persone sono insufficienti per permettere di svolgere le attività che contribuiscono alla promozione o al recupero della loro salute, oppure a una morte serena. L'assistenza infermieristica ha dunque la finalità di rendere le persone, le famiglie e le comunità indipendenti dall'assistenza stessa il prima possibile.

* Noi, in quanto persone, siamo partecipanti attivi che si assumono la responsabilità delle nostre scelte.



Capitolo 1

Diagnosi infermieristiche: temi e dibattito

Obiettivi di apprendimento

Al termine di questo capitolo il lettore deve essere in grado di rispondere alle seguenti domande:

- Perché non continuare a usare i termini che gli infermieri hanno sempre usato?
- Perché i piani di assistenza infermieristica degli studenti sono diversi da quelli degli infermieri?
- Se le diagnosi infermieristiche sono così importanti, perché non sempre vengono utilizzate?
- Perché sono necessarie le diagnosi infermieristiche per l'assistenza infermieristica?
- Le diagnosi infermieristiche possono violare la riservatezza dell'assistito?

Parlare di diagnosi infermieristiche provoca una reazione in quasi tutti gli infermieri. La reazione può variare dall'indifferenza all'interesse scientifico, dal rifiuto all'entusiasmo. Sebbene le diagnosi infermieristiche facciano parte dell'assistenza infermieristica da oltre quarant'anni, qualche infermiere ancora non le ritiene utili.

In questo capitolo vengono discusse alcune ragioni a sostegno della loro utilità.

Perché non continuare a usare i termini che gli infermieri hanno sempre usato?

Quali sono i termini che gli infermieri hanno sempre usato? Diabete mellito? Prematurità? Polmonite? Fibrosi cistica? Per molti anni gli infermieri si sono serviti delle diagnosi mediche per descrivere i problemi degli assistiti che erano chiamati ad affrontare. Spesso, però, si rendevano conto che le diagnosi mediche non indicavano i problemi di assistenza infermieristica in modo sufficientemente dettagliato da permettere di individuare gli interventi assistenziali necessari per gli specifici bisogni degli assistiti.

Gli infermieri hanno sempre condiviso con gli altri professionisti sanitari, come medici, fisioterapisti e ostetriche, un linguaggio comune rispetto a determinati problemi degli assistiti, e termini come *ipopotassiemia*, *shock ipovolemico*, *iperglicemia*, *ipertensione endocranica* ne sono alcuni esempi. Cambiare il nome a questi problemi sarebbe inutile e privo di senso. Infatti, non servirebbe a nulla rinominare *aritmia* con *riduzione della gittata cardiaca* o *iperglicemia* con *alterazione del metabolismo dei carboidrati*.

L'Autore crede che sia opportuno impiegare questo linguaggio comune quando risulta appropriato, come nel caso dei problemi collaborativi (per es., *Rischio di complicanze: iperglicemia*) o delle diagnosi infermieristiche (per es., *Rischio di ulcera da pressione*), quando si devono gestire problemi di salute di cui si occupano specificamente le Scienze infermieristiche.

Se gli infermieri non usassero un linguaggio specifico, come potrebbero descrivere con chiarezza, comunicare e gestire i problemi assistenziali delle persone assistite utilizzando i termini

che condividono con le altre discipline? Prima dell'utilizzo delle diagnosi infermieristiche, in che modo venivano indicati i seguenti problemi degli assistiti?

- Incapacità di vestirsi
- Difficoltà di scegliere tra più alternative di trattamento
- Rischio di infezione
- Problemi con l'allattamento al seno
- Stress nel familiare che assiste
- Dilemmi di carattere spirituale.

Qualche volta l'infermiere poteva usare le espressioni citate, ma non ne esistono per tutte le situazioni. Inoltre, è frequente che vi possano essere più espressioni per descrivere lo stesso problema assistenziale.

Alcuni infermieri, soprattutto se con molta esperienza, vogliono essere liberi di descrivere i problemi degli assistiti nel modo che desiderano. Ma se è vero che un infermiere esperto è in grado di decifrare una terminologia incoerente, come può la professione insegnare la sua scienza agli studenti se ogni docente, ogni libro di testo e ogni infermiere utilizza termini diversi per descrivere una stessa situazione? Facciamo per un attimo un parallelo con la Medicina. Come potrebbe uno studente di medicina imparare la differenza tra la cirrosi e il cancro del fegato se per descrivere entrambe le situazioni si usasse l'espressione "alterata funzionalità epatica"? La Medicina fa riferimento a un sistema di classificazione standardizzato sia per insegnare la propria scienza sia per comunicare alle altre professioni i problemi di cui si occupa. Le Scienze infermieristiche hanno bisogno di fare altrettanto.

Sebbene comunemente gli infermieri abbiano utilizzato un linguaggio composto da termini che condividono con le altre discipline, spesso questo linguaggio è risultato inappropriato e poco chiaro per descrivere tutte le risposte degli assistiti che sono chiamati a diagnosticare e a trattare. È inoltre importante sottolineare che a causa della molteplicità di tali risposte le diagnosi infermieristiche sono in costante evoluzione.

Per la persona assistita le diagnosi infermieristiche sono quindi tutt'altro che superflue.

Perché i piani di assistenza infermieristica degli studenti sono diversi da quelli degli infermieri?

Spesso gli studenti si sentono dire dagli infermieri che i piani di assistenza che scrivono non sono utili per l'assistenza infermieristica. Bisogna infatti distinguere i piani di assistenza scritti dagli studenti e i piani formulati in ambito clinico.

Gli studenti formulano i piani di assistenza per imparare a definire i problemi, assegnare le priorità e personalizzare l'assistenza infermieristica. I piani di assistenza degli studenti servono a orientare gli stessi riguardo l'assistenza da fornire a una persona. All'inizio degli studi, la maggior parte dei piani indica solo gli interventi assistenziali standard previsti per un particolare problema. Con la progressione del percorso formativo, lo studente impara a rielaborare, anche dopo aver assistito la persona, il proprio piano, correggendo eventuali omissioni o aspetti inappropriati e, con la padronanza del metodo e l'acquisizione di ulteriori conoscenze, arriva a essere in grado di formulare piani di assistenza infermieristica più sintetici e personalizzati.

I piani di assistenza infermieristica didattici risultano quindi poco utili agli infermieri di un determinato settore clinico, in quanto, per esempio, in ortopedia sono disponibili i piani di assistenza postoperatoria standard alla persona sottoposta a intervento chirurgico di sostituzione dell'anca a cui gli infermieri fanno riferimento.

■ ■ ■ APPUNTI DI CARPENITO

Nella realtà clinica gli infermieri predispongono un piano di assistenza quando a una persona assistita sono necessari interventi personalizzati, cioè ulteriori o diversi da quelli standard. In tal senso lo strumento usato per la pianificazione deve essere agevole e tale da favorire queste aggiunte e modifiche.

Se le diagnosi infermieristiche sono così importanti, perché non sempre vengono utilizzate?

L'applicazione del processo di assistenza infermieristica e la formulazione delle diagnosi infermieristiche sono pressoché unanimemente riconosciute come gli elementi critici della formazione infermieristica (Carpenito-Moyet, 2010).

Quando gli infermieri sono stati studenti hanno speso molto tempo ad ascoltare le lezioni i cui contenuti erano le diagnosi mediche e i relativi trattamenti. Sfortunatamente non altrettanto tempo era stato investito nella discussione relativa alle diagnosi infermieristiche, con il risultato che gli studenti si concentravano sulle stesse solo nelle poche ore precedenti la formulazione di un piano di assistenza. Le diagnosi infermieristiche sono così apparse più come una necessità per la documentazione assistenziale che non un aspetto utile per sviluppare il pensiero critico che orienta la valutazione e gli interventi assistenziali.

Pertanto, al termine degli studi, con l'inserimento nel mondo del lavoro, erano le diagnosi mediche a guidare l'assistenza, lasciando alle diagnosi infermieristiche il ruolo di ricordo. La gestione infermieristica dei problemi medici ri-

chiede senz'altro una certa competenza clinica, ma formulare una diagnosi infermieristica individuando ciò che è la causa di una sofferenza per una persona e per i suoi familiari richiede un livello di expertise molto più alto (Carpenito-Moyet, 2010).

Gli infermieri hanno la necessità di comprendere e diventare esperti rispetto ai meccanismi fisiopatologici e al trattamento del diabete mellito, del cancro e dell'ischemia cerebrale. Tuttavia, è altrettanto importante che diventino esperti nel diagnosticare e nel trattare le *risposte* delle persone con diabete mellito, cancro o ischemia cerebrale che possono interferire con la cura di sé, con la dignità umana e con il funzionamento familiare. Solo se gli infermieri sono competenti in entrambi gli ambiti, allora è evidente il loro ruolo professionale, autonomo ed esclusivo. Diversamente sono solo degli assistenti dei medici.

Perché sono necessarie le diagnosi infermieristiche per l'assistenza infermieristica?¹

In Italia il tema delle competenze avanzate degli infermieri è tutt'oggi oggetto di acceso dibattito.

■ ■ ■ APPUNTI DI CARPENITO

L'Autore distingue l'infermiere con competenze avanzate (*Advanced Practice Nurse*) dall'infermiere esperto (*Expert Nurse*). L'infermiere esperto, o meglio con un alto livello di *expertise* nell'assistenza infermieristica, non rappresenta un ruolo professionale, bensì un professionista che possiede maggiori e più approfondite conoscenze, capacità di ragionamento clinico evoluto e rapidità nella presa di decisioni, che gli permettono di valutare e affrontare le situazioni assistenziali complesse di persone e familiari. L'infermiere con competenze avanzate è invece un infermiere che, tramite una formazione supplementare, ha ampliato il ruolo professionale gestendo problematiche ed erogando attività non appartenenti al ruolo tradizionale. In tal senso occorre porre molta attenzione affinché l'infermiere con competenze avanzate non si concentri troppo pesantemente sul campo della medicina piuttosto che arricchire quello dell'assistenza infermieristica.

Negli USA tra gli *Advanced Practice Nurses* rientrano, per esempio, i *Nurse Practitioners*, i *Nurse Anesthetists* e i *Nurse Midwives*. I *Nurse Practitioners* possono diagnosticare e trattare le malattie acute e croniche e prescrivere esami diagnostici e farmaci. I *Nurse Midwives* possono gestire la gravidanza, il travaglio, il parto e la puerpera nel periodo postpartum.

I *Nurse Practitioners* possono altresì valutare l'assistito per quanto concerne le abitudini relative alla salute, i modelli di coping e il funzionamento complessivo, pertanto sono in grado di porre sia diagnosi infermieristiche sia diagnosi mediche. Per esempio, durante la visita a un uomo di 52 anni che presenta valori elevati di pressione arteriosa e riferisce dolore lombare e perdita di memoria dopo l'assunzione di alcol, il *Nurse Practitioner*, dopo avere individuato una situazione di abuso di alcol, soprattutto nelle ore serali al rientro dal lavoro, che l'assistito nega, identifica i seguenti problemi:

- dolore lombare di natura da determinare
- ipertensione arteriosa (diagnosi medica)
- alcolismo cronico
- negazione inefficace (diagnosi infermieristica).

L'*Advanced Practice Nurse* possiede un alto livello di *expertise* quando è in grado di diagnosticare le risposte disfunzionali dell'assistito a situazioni diverse (per es., malattie, crisi personali, difficoltà correlate allo sviluppo) e in tal senso dovrebbe valutare, per esempio:

- come sono cambiate le abilità della persona a seguito di un'ischemia cerebrale?
- cos'è cambiato in famiglia a seguito della nascita di un neonato gravemente malato che ha richiesto diversi mesi di ricovero ospedaliero?

L'assistenza infermieristica ricopre un ruolo rilevante in caso di persone con malattie croniche e disabilità come il diabete mellito o la sclerosi multipla, e spesso è da questa che dipende la loro soddisfazione nei confronti del servizio sanitario.

Gli *Advanced Practice Nurses* che non formulano e trattano le diagnosi infermieristiche sono troppo concentrati sul campo della medicina. Per valutare se il centro di interesse si è allontanato dall'assistenza infermieristica ci si può chiedere: "Chiedo consulenza ai medici per i problemi medici complessi?", "I medici mi chiedono consulenza per le diagnosi infermieristiche?". In caso di risposte negative sarebbe opportuno indagarne le ragioni, in quanto è molto probabile che se l'*Advanced Practice Nurse* non è un infermiere esperto che tratta le diagnosi infermieristiche e affronta determinate diagnosi mediche con specifici protocolli, nell'arco di pochi anni avrà difficoltà a far valere il proprio ruolo.

Secondo Carpenito (1995) è l'uso delle diagnosi infermieristiche a fare la differenza tra un infermiere esperto e un assistente del medico, e tra l'infermiere con competenze avanzate e il medico di base (Figura 1.1).

¹ Carpenito, L.J. (1992, Febbraio). *Are nurse practitioners expert nurses?* Documento presentato all'11° Annual National Nursing Symposium, *Advanced Practice Within a Restructured Health Care Environment*, Los Angeles.

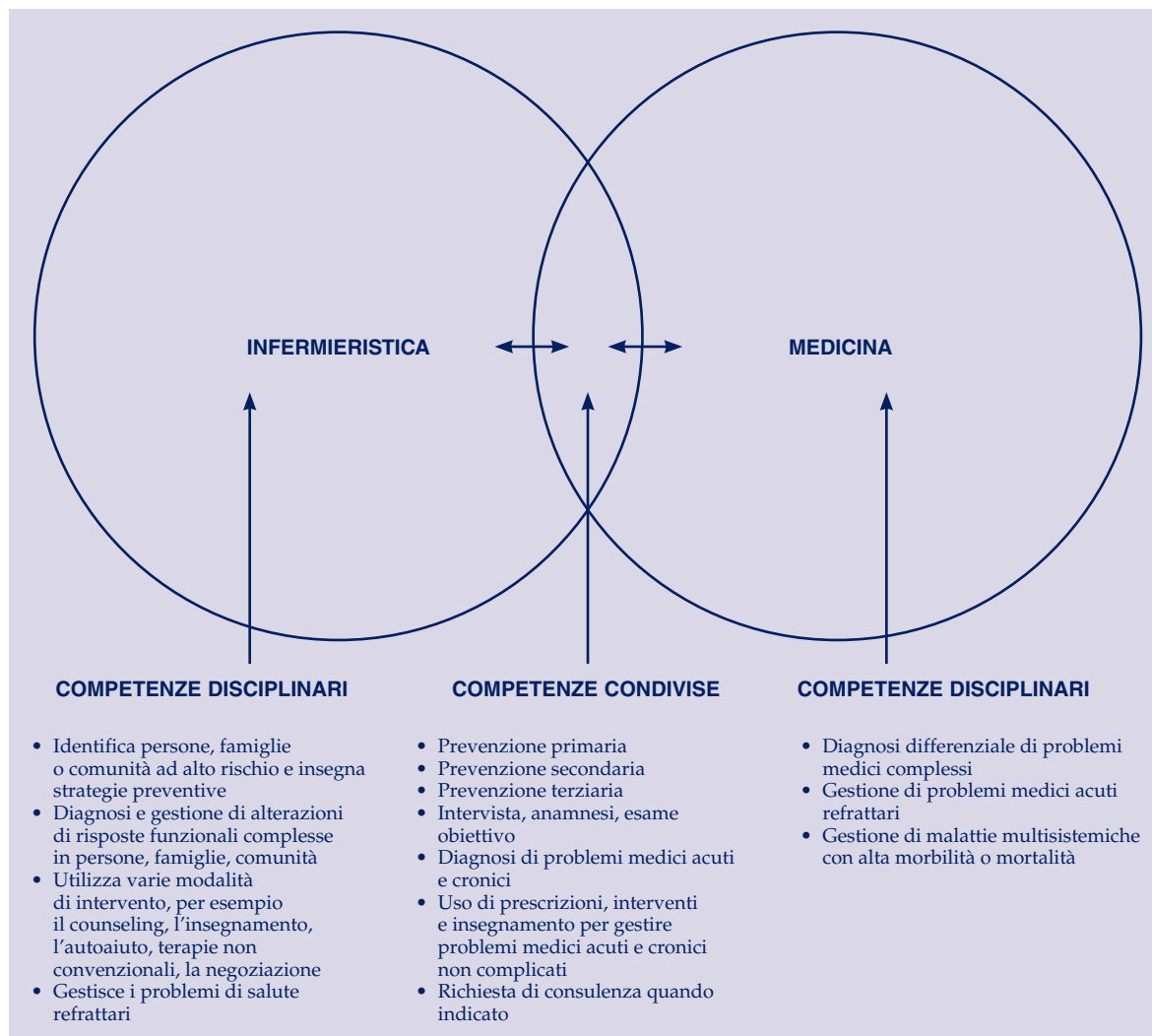


Figura 1.1 Domini di competenze dell'infermiere e del medico di base.

Le diagnosi infermieristiche possono violare la riservatezza dell'assistito?

Gli infermieri vengono spesso a conoscenza di informazioni relative alle preoccupazioni e ai problemi personali delle persone alle quali forniscono assistenza. Secondo il codice etico dell'*American Nurses Association*: "L'infermiere tutela il diritto dell'assistito alla riservatezza proteggendo le informazioni di natura confidenziale". Allo stesso modo, in Italia, il Codice deontologico dell'infermiere approvato dal Comitato centrale della Federazione e dal Consiglio nazionale dei Collegi IPASVI nel gennaio 2009, all'articolo 26, recita: "L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi all'assistito. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza".

L'applicazione del processo di assistenza infermieristica pone tuttavia l'infermiere in una posizione conflittuale, poiché la registrazione di determinate informazioni ottenute con la valutazione o contenute nell'enunciazione diagnostica potrebbe compromettere il diritto di riservatezza dell'assistito.

Le diagnosi infermieristiche non vanno mai usate per influenzare altri infermieri o altri professionisti sanitari a considerare o a trattare in maniera negativa una persona, una famiglia o una comunità. È necessario porre molta attenzione e assicurarsi che una diagnosi infermieristica non danneggi l'assistito.

L'infermiere ha la responsabilità di formulare diagnosi e di prescrivere trattamenti infermieristici. Nel processo diagnostico e nella pianificazione dell'assistenza è implicita la responsabilità di verificare che esista il permesso di scrivere la diagnosi, di trattarla o di farvi riferimento in maniera appropriata.

Quando l'assistito condivide con l'infermiere notizie o emozioni, tali informazioni devono essere riportate automaticamente nella documentazione sanitaria o nel piano di assistenza infermieristica? Per rispondere alla

domanda occorre tenere presente che l'infermiere ha due doveri fondamentali nei confronti dell'assistito:

1. trattare le diagnosi infermieristiche e
2. proteggere la riservatezza.

In tal senso l'infermiere non è obbligato a riferire o a riportare tutto ciò che riguarda le diagnosi infermieristiche relative a un assistito se può occuparsene da solo.

A questo proposito si consideri il seguente esempio.

La signora Monti, di 45 anni, è ricoverata per il trattamento di un tumore ovarico. A un certo punto la signora dice all'infermiere: "Non avrei mai pensato che Dio avrebbe potuto farmi questo e ora non so più se credere ancora". Un colloquio mirato permette di confermare che l'assistita è disturbata da tale sentimento e dal cambiamento che è avvenuto nelle sue convinzioni. Basandosi su questi dati, l'infermiere formula la diagnosi infermieristica di *Sofferenza spirituale correlata a conflitto tra l'insorgenza della malattia e la fede religiosa*. Come si deve comportare l'infermiere riguardo all'informazione ricevuta che l'assistita ha chiaramente mostrato di ritenere confidenziale? Per assistere la signora Monti rispetto a questa diagnosi l'infermiere può seguire diverse strade:

1. Informarla delle risorse presenti nella comunità che possono assisterla nell'affrontare la sofferenza spirituale.
2. Continuare ad assisterla nell'esplorare i sentimenti e registrare nella documentazione quanto discusso senza riportare testualmente le parole riferite.
3. Registrare la diagnosi infermieristica di *Sofferenza spirituale* nel piano di assistenza e pianificare i relativi interventi.
4. Chiedere la consulenza di un assistente religioso.

La scelta indicata al punto 1 rinvia il problema alla signora perché lo gestisca dopo la dimissione. Talvolta la natura e la priorità di un problema rispetto agli altri fanno sì che la scelta più appropriata sia quella di fornire all'assistito o ai suoi familiari le informazioni circa le risorse delle quali potranno avvalersi dopo la dimissione. Tuttavia, l'infermiere dovrà evitare che questa scelta rappresenti semplicemente un modo "per lavarsene le mani".

La seconda opzione permette all'infermiere di continuare il dialogo con la signora relativamente al problema, senza però divulgarne i contenuti. La criticità consiste nel fatto che, proprio a causa di questa discrezione, il piano di assistenza non indicherà il problema specifico sottoforma di diagnosi infermieristica da affrontare attivamente. Ne può conseguire che, qualora l'infermiere che ha un rapporto privilegiato con la signora cessasse per qualsiasi ragione di assisterla, probabilmente tale diagnosi verrebbe trascurata.

La scelta numero 3 implica che il problema venga incluso come diagnosi infermieristica nel piano di assistenza, in modo che l'intera équipe infermieristica lo possa affrontare. In questo caso, al fine di proteggere la riservatezza delle informazioni sensibili, l'infermiere può operare alcune modifiche, per esempio non riportare tra virgolette le parole usate dalla signora (cosa invece opportuna nella maggior parte dei casi per le affermazioni significative). La registrazione della diagnosi infermieristica nel piano di assistenza solleva un altro possibile dilemma. Cosa accadrebbe se l'infermiere che è responsabile dell'assistenza infermieristica della signora non fosse in grado di seguire la diagnosi direttamente a tempo pieno? In che modo potrebbe coinvolgere i colleghi senza violare la fiducia dell'assistita? La risposta è che dovrebbe incoraggiare l'assistita stessa a permettere che altri infermieri si occupino del problema durante la propria assenza dal servizio, e in caso di rifiuto lo dovrebbe riportare nella cartella infermieristica, continuando al tempo stesso a proteggere la riservatezza della signora. Un esempio di registrazione potrebbe essere:

Discussa con la signora Monti la possibilità che un altro infermiere intervenga durante la mia assenza in merito alle sue difficoltà di carattere spirituale. La signora rifiuta il coinvolgimento di un altro professionista. Istruita l'assistita su chi contattare nel caso cambi idea.

Questa annotazione documenta la responsabilità dell'infermiere nei confronti dell'assistita.

L'opzione numero 4, infine, rappresenta un comportamento piuttosto comune in caso di conflitti spirituali. Tuttavia, prima di chiedere l'intervento di un assistente religioso, è necessario che l'infermiere cerchi di comprendere come l'assistita reagirà a tale indicazione. Presumere che la signora sia d'accordo senza averla prima consultata potrebbe risultare problematico, in quanto potrebbe aver scelto di confidare determinate informazioni molto personali solo a un particolare infermiere. Se l'infermiere coinvolto ritiene che l'assistente religioso o un altro professionista possa essere di aiuto all'assistita deve discutere di tale possibilità con la stessa. Quello che segue è un esempio di dialogo rivolto allo scopo suddetto:

Signora Monti, abbiamo parlato delle sue preoccupazioni legate alla malattia e di come abbiano modificato le sue convinzioni spirituali. Conosco una persona che è stata di grande aiuto a persone con difficoltà simili alle sue. Vorrei chiedere a questa persona di venire a farle visita. Cosa ne pensa?

Questo dialogo mostra chiaramente che la signora Monti ha la possibilità di scegliere. Come gli infermieri hanno l'obbligo di informare gli assistiti e i familiari sulle risorse disponibili, così l'assistito ha il diritto di accettarle o di rifiutarle.

CONCLUSIONI

Alcune volte le diagnosi infermieristiche sono state additate di non essere clinicamente utili. In realtà ciò che non è utile sono gli strumenti di documentazione infermieristica quando risultano ripetitivi e onerosi.

Le diagnosi infermieristiche rappresentano il linguaggio appropriato per descrivere le risposte non salutari delle persone assistite, pertanto permettono di prendere in considerazione aspetti assistenziali che vanno oltre la diagnosi medica. È, per esempio, il caso di una persona con esiti di ictus cerebrale ischemico che viene assistita da un familiare per cui la diagnosi infermieristica di *Rischio di tensione nel ruolo di caregiver* gli permette di ricevere assistenza infermieristica finalizzata alla prevenzione del burnout.

Gli infermieri devono comprendere i meccanismi fisiopatologici, le possibili complicanze e i trattamenti derivanti dalle diagnosi mediche. Altresì, devono valutare le risposte degli assistiti per identificare le alterazioni delle condizioni fisiologiche e attuare precocemente i trattamenti necessari oppure richiedere l'intervento di altri professionisti della salute.

Fornire assistenza infermieristica «professionale» è un aspetto cruciale per il benessere delle persone, delle famiglie e delle comunità.



Appendice A

Diagnosi infermieristiche raggruppate secondo i modelli funzionali della salute di Gordon⁺

1. Modello di percezione e gestione della salute

Campo di energia squilibrato
Comportamento di salute rischioso
Contaminazione della comunità**
 Rischio di contaminazione della comunità**
Crescita e sviluppo ritardati*
 Rischio di sviluppo ritardato
 Incapacità di sviluppo della persona adulta*
Disponibilità a migliorare la gestione della salute
Gestione della salute inefficace
Gestione della salute inefficace della comunità*
Guarigione chirurgica ritardata
 Rischio di guarigione chirurgica ritardata
Mantenimento della salute inefficace
Non adesione*
Obesità
 Sovrappeso
 Rischio di sovrappeso
Partecipazione attiva compromessa*
 Rischio di partecipazione attiva compromessa*
 Disponibilità a migliorare la partecipazione attiva*
Rischio di lesione
 Rischio di aspirazione
 Rischio di avvelenamento
 Rischio di cadute
 Rischio di lesione termica
 Rischio di soffocamento
 Rischio di trauma fisico
 Rischio di lesione da posizionamento
 perioperatorio
 Rischio di lesione del tratto urinario

Salute insufficiente della comunità
Sindrome dell'anziano fragile
 Rischio di sindrome dell'anziano fragile

2. Modello nutrizionale e metabolico

Allattamento al seno inefficace
Allattamento al seno interrotto
Capacità adattativa intracranica ridotta
Disponibilità a migliorare il bilancio idrico*
Disponibilità a migliorare l'allattamento al seno
Disponibilità a migliorare la nutrizione
Iperbilirubinemia neonatale
 Rischio di iperbilirubinemia neonatale
Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico
 Dentizione compromessa
 Deglutizione compromessa
 Modello di alimentazione inefficace del lattante
Produzione di latte materno insufficiente
Protezione inefficace
 Rischio di lesione corneale
 Rischio di secchezza oculare
 Integrità tissutale compromessa
 Rischio di integrità tissutale compromessa
 Ulcera da pressione*
 Rischio di ulcera da pressione
 Integrità cutanea compromessa
 Rischio di integrità cutanea compromessa
 Integrità della mucosa orale compromessa
 Rischio di integrità della mucosa orale
 compromessa

⁺ Gli undici modelli funzionali della salute sono stati elaborati da Marjory Gordon nel 1994. Maggiori informazioni possono essere trovate nel testo Gordon M., *Diagnosi infermieristiche, Processo e applicazioni*, CEA Casa Editrice Ambrosiana, 2009.

* Diagnosi attualmente non presente nella tassonomia NANDA-I ma elaborata dall'Autore per la sua utilità clinica.

** Le diagnosi approvate da NANDA-I hanno i titoli *Contaminazione* e *Rischio di contaminazione*, l'Autore le presenta declinate come *Contaminazione della comunità* e *Rischio di contaminazione della comunità*.



Appendice B

Raccolta dati infermieristica all'ammissione

DATA BASE INFERMIERISTICO COMPILATO ALL'AMMISSIONE

Data _____ Ora di arrivo _____ Persona da contattare _____ Telefono _____

PROVENIENZA DA: Casa da solo Casa con parenti Struttura per lungodegenti
 Senza casa Casa con (specificare) _____

DEA _____ Altro _____

MODO DI ARRIVO: Sedia a rotelle Ambulanza Barella

MOTIVO DEL RICOVERO: _____

ULTIMO RICOVERO IN OSPEDALE: Data _____ Motivo _____

ANAMNESI MEDICA REMOTA: _____

FARMACI (Prescritti/Da banco)	DOSAGGIO	ULTIMA DOSE	FREQUENZA

MODELLO DI PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE

CONSUMO DI:

Tabacco: No Ha smesso (data) _____ Pipa Sigaro _____

< 1 pacchetto/giorno

1-2 pacchetti/giorno

> 2 pacchetti/giorno pacchetti/anno nel passato _____

Alcol: No Tipo/quantità _____/giorno _____/settimana _____/mese

Altre droghe: No Sì Tipo _____ Uso _____

Allergie (farmaci, alimenti, cerotto, vernici): _____ Reazione _____

MODELLO DI ATTIVITÀ/ESERCIZIO FISICO

CAPACITÀ DI CURA DI SÉ

0 = Indipendente

1 = Ausili

2 = Aiuto di altre persone

3 = Aiuto di altre persone più ausili

4 = Dipendente/Disabile



Appendice C

Strategie per aumentare la motivazione e la partecipazione degli assistiti/famiglie

Tipi di alfabetizzazione

Adottare il metodo di insegnamento *Teach-back*

Aiutare gli assistiti e i familiari a compiere scelte salutari

Riconciliazione dei farmaci e ostacoli all'adesione alla terapia farmacologica

Tipi di alfabetizzazione

L'espressione **analfabetismo funzionale** connota la condizione in cui una persona ha minime competenze di lettura e scrittura, ma non è in grado di gestire le ordinarie e quotidiane necessità relative alla salute e richieste nella maggior parte dei casi.

L'**alfabetizzazione sanitaria** (Health Literacy) indica le abilità di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni di base e i servizi sanitari per:

- assumere decisioni appropriate relative alla propria salute (*Ratzan, 2001);
- seguire un trattamento, una terapia farmacologica (*White & Dillow, 2005);
- firmare il modulo di consenso;
- prenotare visite o esami.

■■■ APPUNTI DI CARPENITO

Le persone analfabete, cioè che non sanno leggere o scrivere, sono più facili da identificare rispetto alle persone funzionalmente analfabete. Non dare per scontato che un assistito sia in grado di leggere e comprendere la letteratura sanitaria, anche se tradotta.

R: Il National Assessment of Adult Literacy (*2003) ha riportato che negli USA 9 adulti di lingua inglese su 10 non hanno competenze in materia di salute (Kutner, Greenberg, Jiny & Paulsen, 2006). Un ampio studio relativo all'alfabetizzazione sulla salute condotto in due ospedali pubblici degli USA ha evidenziato che (*Williams et al., 1995):

- metà dei ricoverati parlanti inglese non era in grado di leggere e comprendere il materiale informativo fornito;
- il 60% non era in grado di comprendere i moduli per il consenso informato;
- il 26% non era in grado di comprendere la documentazione per le prenotazioni;
- il 42% non era in grado di comprendere le indicazioni per assumere la terapia farmacologica.

Identificare i segnali di allarme di un basso livello di alfabetizzazione sulla salute

- Mancato rispetto delle visite e delle indagini di controllo.
- Incapacità di compilare correttamente i moduli sanitari.
- Non adesione alla terapia farmacologica.



Appendice D

Strumenti per la valutazione dei rischi relativi alla prevenzione delle condizioni acquisibili in ospedale

In questa edizione viene sottolineata l'importanza della prevenzione delle otto condizioni acquisibili in ospedale indicate dai Centers for Medicare and Medicaid Services (le agenzie federali che gestiscono i programmi nazionali di assistenza pubblica Medicare e Medicaid [Ndt]).

Tali condizioni prevenibili sono:

- lesioni da pressione di II e IV stadio
- infezioni della ferita chirurgica a seguito di chirurgia bariatrica per obesità, di procedure ortopediche e di intervento chirurgico di bypass aorto-coronarico
- infezioni da catetere vascolare
- infezioni delle vie urinarie associate al catetere vescicale
- mancata corrispondenza del gruppo sanguigno.
- embolia gassosa
- corpo estraneo ritenuto post-intervento chirurgico.

Facendo riferimento alle linee-guida basate sulle prove di efficacia, è possibile avere indicazioni riguardanti:

- le diagnosi infermieristiche relative alla prevenzione delle infezioni, delle cadute accidentali, delle lesioni da pressione e della dimissione ritardata;
- i problemi collaborativi che identificano le persone ad alto rischio di embolia gassosa, trombosi venosa profonda e sepsi;
- gli eventi avversi associati a specifiche condizioni mediche, piani di trattamento e situazioni di assistenza post-chirurgica;
- gli strumenti standardizzati per la valutazione del rischio di cadute, infezioni e lesioni da pressione.

Per identificare gli assistiti ad alto rischio di una o più delle otto condizioni acquisibili in ospedale fare riferimento a:

Infezione – Rischio di infezione

Rischio di complicanze: trombosi venosa profonda

Rischio di complicanze: embolia grassosa

Rischio di complicanze: sepsi

Strumenti standardizzati per la valutazione del rischio di cadute, infezioni e lesioni da pressione

Scala di Morse per la valutazione del rischio di cadute (1997)

Rilevare la presenza dei seguenti fattori di rischio e quindi indicare il punteggio complessivo tra parentesi, per esempio, Alto rischio di cadute (punteggio), oppure indicare i fattori di rischio rilevati, per esempio, Alto rischio di cadute correlato a deambulazione instabile, ipotensione ortostatica e infusione endovenosa.

Lynda Juall Carpenito

Diagnosi infermieristiche

Applicazione alla pratica clinica

Con la settima edizione italiana di questo classico testo, traduzione della quindicesima edizione americana, prosegue il percorso di evoluzione, aggiornamento e miglioramento della tassonomia delle diagnosi infermieristiche proposta da Lynda Carpenito.

Come sempre, il testo illustra le diagnosi infermieristiche in modo unico nel suo genere nella letteratura professionale per la completezza e il rigore scientifico. Per ogni diagnosi sono presentati la definizione, le caratteristiche definenti, i fattori correlati o di rischio, gli interventi generali e quelli rivolti a popolazioni specifiche, oltre a riferimenti alla classificazione NOC dei risultati di salute e alla classificazione NIC degli interventi infermieristici, e alle preziose note dell'autrice, suddivise in varie categorie, che propongono approfondimenti e chiarimenti. Tra queste, i *Concetti chiave*, in cui vengono approfonditi aspetti tratti dalla letteratura in relazione alla diagnosi e agli interventi; gli *Errori nella formulazione della diagnosi*, in cui vengono riportati gli errori più frequenti di formulazione delle diagnosi infermieristiche e i consigli per evitarli; le *Note dell'Autore* che contengono aspetti utili a comprendere i concetti alla base della diagnosi e a differenziarla dalle diagnosi affini; gli *Appunti di Carpenito*, una sorta di "Lo sapevate che..." atto a sottolineare un principio di assistenza, una questione controversa o una sfida etica; le *Criticita cliniche* che avvisano di eventi che richiedono un'azione tempestiva.

Il testo presenta poi una sezione dedicata alla descrizione analitica dei *problemi collaborativi* elaborati da Carpenito nell'ambito del suo *modello bifocale della pratica clinica*.

Il volume è completato da una serie di capitoli introduttivi, dedicati ai concetti teorici relativi alla diagnosi infermieristica, al modello bifocale della pratica clinica, alla pianificazione dell'assistenza e, novità di questa edizione, all'assistenza alla persona nel periodo di transizione da una realtà assistenziale a un'altra.

Una guida indispensabile sulla diagnosi infermieristica, sul suo ruolo nel processo di assistenza infermieristico e sulla sua applicazione alla pratica clinica.

CARPENITO*DIAGNOSI INFERM 7ED (CEAKM)

ISBN 978-88-08-58003-0



9 788808 580030

L'edizione originale in lingua inglese è pubblicata da



Al Pubblico
P. Cop.

€ 89,00...
€ 85,58