

PROCESSO INFERMIERISTICO E PENSIERO CRITICO

PARTE PIETRINI

PROCESSO INFERMIERISTICO: particolare modo di pensare usato dagli infermieri e ciò che essi fanno quando assistono le persone. Rappresenta l'approccio mentale e operativo che l'infermiere utilizza durante il proprio lavoro. E' un approccio sistematico e creativo usato per identificare, prevenire e trattare problemi di salute reali o potenziali, per identificare i punti di forza dell'assistito e per promuovere il benessere.

L'infermieristica è **arte** e una **scienza** con un proprio corpus di specificità e che la distingue da altre professioni, implica sensibilità, creatività, empatia e capacità di adeguare sia per soddisfare le esigenze specifiche di una persona sia per affrontare le incertezze e include abilità di:

1. Sviluppare relazioni significative;
2. Cogliere il significato delle interazioni con l'assistito;
3. Svolgere le attività assistenziali con competenza;
4. Utilizzare il pensiero razionale per scegliere il percorso d'azione appropriato;
5. Erogare una prestazione assistenziale nel rispetto dei principi etici.

TEORIE INFERMIERISTICA

Le teorie elaborate nell'ambito della disciplina infermieristica aiutano a spiegare la sua funzione peculiare in un gruppo di lavoro multidisciplinare. Essi si fondano su valori di cui le formula e su assunti riguardanti: **LE PERSONE, LA SALUTE, L'AMBIENTE E L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA.**

La maggior parte delle persone concorda sul fatto che l'assistenza infermieristica non si occupa solo dei processi morbosi e che i fenomeni di interesse dell'infermieristica siano diversi da quelli di interesse della medicina. Si ha quindi una descrizione da parte di questi modelli di riferimento come:

- È un'arte è una scienza con una propria evoluzione e un proprio peculiare corpus di conoscenze scientifiche;
- *Olistica* perchè interessa a soddisfare i bisogni di natura fisica, psicosociale, culturale e spirituale dell'assistito;
- Riguarda il "*prendersi cura*" = nursing;
- Attuabile in contesti di *vario genere*;
- Coinvolta nella *promozione* della salute, nella *prevenzione* delle malattie e nell'*assistenza durante la malattia*.

GLI INFERMIERI TRATTANO LE RISPOSTE UMANE

Si ha una considerazione olistica della persona umana e ci si occupa delle risposte umane, ovvero di reazioni a un evento o a un fattore di stress come possono essere una malattia o un trauma. Gli infermieri diagnosticano, trattano e prevencono le risposte della persona alla malattia, piuttosto che la malattia stessa. La reazione (risposta) della persona a questo trattamento potrebbero essere di natura biologica, psicologica, sociale e spirituale.

Le possibili risposte comunque possono essere infinite a tutti i livelli ma comunque possono essere costituiti da una natura fisica, ambientale, interpersonale e spirituale.

I medici concentrano la propria attenzione su diagnosi e trattamento terapeutico della malattia, mentre gli infermieri si focalizzano sul **PRENDERSI CURA DELL'ASSISTITO DURANTE QUESTO ITER.**

Si è già detto che l'infermieristica si occupa della persona nella sua globalità sia essa malata o sana. Nell'assistenza delle persone sane, il fine è quello di prevenire la malattia e favorire il benessere. Nell'assistenza invece verso persone malate, l'infermiere le aiuterà a risolvere i loro problemi di salute o ridurre la gravità, ad adattarsi e ad accettare robe che non possono essere risolte, aiutano i malati terminali a morire serenamente.

“...il prendersi cura è l'essenza dell'infermieristica e non può esservi cura senza il prendersi cura...” (Leininger, 1978)

L'infermiere quindi ha subito una evoluzione, da semplice esecutore, ora: studia, analizza, pianifica tramite le sue conoscenze e competenze, prende decisioni. Si è creata quindi una autonomia decisionale e operativa con un background di conoscenze nel settore scientifico disciplinare nostro che ci consentono di capire la problematica dell'assistito e decidere in maniera **autonoma** gli interventi da mettere in campo per risolvere la problematica o ridurla il più possibile.

Competenza = valore aggiunto del professionista, intesa in termini di conoscenze, capacità, abilità e comportamenti; le quali variano in base al percorso di formazione rendendola:

- Competenza cliniche generalista: appena uscito dalla laurea triennale;
- Competenza cliniche perfezionate: attraverso un percorso di perfezionamento con un titolo universitario di durata 6 mesi;
- Competenze cliniche esperte: master che è più complesso di un corso di perfezionamento, non specifico in un ambito ben preciso ma in una vasta area, con una durata di 2 anni;
- Competenze cliniche specialistiche: laurea magistrale di durata 2-3 anni;

Nel processo di formazione e riconoscimento professionale hanno contribuito le varie normative:

- DPR 384/90: indica quali sono gli elementi fondamentali di un dossier sanitario deve avere, la cartella clinica;
- D.M. 739/1994: Profilo professionale dell'infermiere per identificare e gestire il bisogno di salute (livello di autonomia della persona), definisce l'ambito di responsabilità, definisce i personaggi a cui riferirsi ovvero: comunità, famiglia e paziente;
- L. 42/1999: Abrogazione del mansionario, regolamentazione dell'esercizio professionale derivante dal profilo del D.M. 739/1994-codice deontologico-formazione ricevuta, si passa da una formazione di compiti a competenza, si entra in università;
- L. 251/2000: si ribadisce il concetto di autonomia professionale e definisce in cosa si poteva vederla espressa, inoltre delinea l'assistenza per percorsi, obbliga l'infermiere a ragionare in base agli esiti (risultati che vanno ad incidere sulla persona). Organizzazione percorsi assistenziali per obiettivi, personalizzazione dell'assistenza.
- Gli indicatori di Dublino (2004): indicano quali sono i risultati dell'apprendimento comuni a tutti i laureati in un corso di studio sul territorio europeo ed invitano le università a ricercare metodiche didattiche innovative che accompagnino quelle più tradizionali. Tali elementi permettono quindi un interscambio di personale tra i vari stati membri. Sono così sintetizzati:
 - conoscenze e capacità di comprensione;
 - Conoscenze e capacità di comprensione applicata;
 - Autonomia e giudizio;
 - Abilità;
 - Abilità comunicative.
- Codice deontologico del 2009: garanzia, qualità e autonomia dell'assistenza verso le persone, quando si va ad erogare assistenza, questa deve essere fedele ai principi in maniera da avere delle ricadute positive nella persona.

Il modello bifocale di Carpenito, non identifica solo un ambito di autonomia per l'infermiere ma va ad identificare anche un ambito di collaborazione con le altre figure professionali sanitarie.

Il problema collaborativo è un problema di natura medica dove le complicità dovute a questa problematica potrebbe sviluppare delle ulteriori problematiche compromettendo lo stato di salute del paziente.

Il problema infermieristico agisce in una sfera di autonomia decisionale e operativa derivato da una competenza specifica per il suo ambito di applicazione, le risposte umane. Nel problema collaborativo la sfera di autonomia infermieristica si riduce, scompare la parte decisionale per lasciarla al medico ma rimane sempre quella operativa che si concretizza nella messa in pratica della terapia prescritta dal medico, si ha

quindi l'integrazione alla sfera di autonomia medica, supportandola verso la risoluzione della problematica medica.

Cosa manca però nel modello di Carpenito, la valutazione. Manca quindi degli strumenti che supportino l'infermiere nella scelta delle diagnosi infermieristiche da applicare al paziente.

Perciò è stato unito il modello bifocale di Carpenito, con il modello di Gordon, il quale riprende la teoria della Henderson, abbandonando però un po' la filosofia e inserendo scienza. Qual'è quindi questo elemento che mancava alla Henderson? Carpenito con la classificazione scientifica NANDA delle diagnosi.

Con la tassonomia II NANDA 2012-2014, è stato previsto solo un ambito infermieristico autonomo, non ci sono i problemi collaborativi.

Si ha un focus diagnostico, viene dato un giudizio clinico, lo stato della diagnosi. Ho quindi una localizzazione, dimensione con contenuto scientifico nella visione olistica della persona, ho un soggetto che è l'assistito è un giudizio al riguardo.

Questa è caratterizzata da:

DOMINIO (13), sfera di attività, studio o interesse, con richiamo di elementi fisiologici

- 1) *Promozione della salute*
- 2) *Nutrizione*
- 3) *Eliminazione/scambi*
- 4) *Attività/riposo*
- 5) *Percezione/cognizione*
- 6) *Auto-percezione*
- 7) *Ruoli e relazioni*
- 8) *Sessualità*
- 9) *Coping-tolleranza allo stress*
- 10) *Principi di vita*
- 11) *Sicurezza protezione*
- 12) *Benessere*
- 13) *Crescita/sviluppo*

CLASSI (47), suddivisione di un gruppo più ampio in base a qualità, rango o grado. Delinato il dominio di interesse della problematica, con un'intervista riesco a ridurre il campo di interesse in una specifica classe riscontrata dalla problematica.

DIAGNOSI INFERMIERISTICHE (204), giudizio clinico riguardante le risposte della persona, famiglia, comunità a problemi di salute/processi vitali attuali o potenziali che costituiscono la base per un percorso assistenziale voluto a raggiungere un risultato di cui l'infermiere è responsabile.

Es:

Dominio: Eliminazione/scambi

Classe: Funzione urinaria

Diagnosi: Incontinenza urinaria totale (titolo)

Non valuterò più un paziente secondo i modelli funzionali ma secondo domini, all'interno poi una specificità con un indicatore che identifica quel problema è all'interno di una classe ritrovo la diagnosi o le diagnosi che dovrò affrontare per la risoluzione della problematica. Poi dovrò osservare gli indicatori che mi indicano il trattamento della diagnosi come procede.

Nella tassonomia II, sono stati delineati per ogni diagnosi infermieristica degli specifici NOC (out-come) e NIC (interventi). Questi sono usati nella pianificazione per redigere un piano composto da obiettivi (NOC) e interventi (NIC) volti a risolvere o ridurre la problematica riscontrata nell'enunciazione della diagnosi.

FINALITÀ' E CARATTERISTICHE DEL PROCESSO INFERMIERISTICO

Lo scopo del processo infermieristico è fornire un quadro concettuale che consenta agli infermieri di identificare lo stato di salute delle persone e di aiutarle a soddisfare i propri bisogni di salute. Il processo

infermieristico costituisce una guida predefinita ma flessibile per pianificare, attuare e valutare un'assistenza infermieristica efficace e personalizzata. Spesso (ma non sempre) il mezzo con cui il processo infermieristico svolge la sua funzione è un piano di assistenza infermieristica o multidisciplinare scritto.

- Dinamico e ciclico, gli infermieri valutano l'evoluzione delle risposte dell'assistito a seguito degli interventi infermieristici in maniera da modificare opportunamente il piano di assistenza;
- Centrato sull'assistito, nel rapporto infermiere-assistito il bisogno di quest'ultimo ha sempre la precedenza;
- Olistico, gli infermieri guardano a ogni assistito come a un individuo unico, e considerano l'intera persona: corpo, mente, spirito e cultura.

FASI DEL PROCESSO INFERMIERISTICO

1. **Accertamento**
2. **Diagnosi**
 - I. **Caratteristiche definenti**
 - II. **Enunciazione Diagnosi**
 - III. **Fattori correlati o di rischio**
 - IV. **Obiettivi**
 - V. **Interventi**
3. **Pianificazione**
Pianificazione dei obiettivi/risultati (NOC)
4. **Pianificazione degli interventi (NIC)**
5. **Gestione/attuazione**
6. **Valutazione**

1. ACCERTAMENTO

Comprende la raccolta, l'organizzazione, la validazione e la registrazione dei dati riguardanti lo stato di salute attuale della persona. Si raccoglieranno i dati esaminando l'assistito, parlando con lui e con i suoi familiari e la documentazione clinica. Viene identificato l'ambito di autonomia e collaborazione per dare al passo successivo la diagnosi infermieristica.

2. DIAGNOSI E PROCESSO CRITICO

Qual'è lo stato di salute attuale della persona assistita? Che cosa concorre a determinarlo?

3. PIANIFICAZIONE

a. PIANIFICAZIONE DEI RISULTATI

In questa fase si concorderà con l'assistito i risultati da raggiungere, ossia decide esattamente, come e in quanto tempo, il suo stato di salute dovrà modificarsi. I risultati stabiliti in questa fase costituiscono i criteri da utilizzare nella fase di valutazione. Nella classificazione NANDA, vengono descritti i risultati dell'assistito ritenuti conseguenti agli interventi infermieristici (out-come), ovvero i NOC.

b. PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI

Si stabiliscono gli interventi idonei a promuovere il benessere o a prevenire, curare o ridurre i problemi di salute. Si pianificheranno interventi specifici, finalizzati a produrre i risultati connessi a ognuna delle diagnosi infermieristiche formulate. Il prodotto finale della fase di pianificazione è spesso un piano di assistenza scritto. Nella classificazione NANDA, vengono elencati questi con i NIC.

4. GESTIONE/ATTUAZIONE

Si comunicherà il piano di assistenza agli altri operatori sanitari, si effettueranno gli interventi indicati nel piano o si delegherà ad altri la loro attuazione. L'attività finale di questa fase si concluderà con la documentazione delle cure infermieristiche erogate all'assistito e l'esito che hanno determinato.

5. VALUTAZIONE

Si confronteranno le condizioni di salute dell'assistito con i risultati prestabiliti. Si valuteranno quali degli interventi pianificati sono stati efficaci o meno per il raggiungimento dei risultati attesi e se necessario si modificherà di conseguenza il piano di assistenza. Il processo è ciclico si continuerà quindi a riesaminare tutte le fasi per definire ciò che è efficace e cosa invece dovrebbe essere modificato.

6. FOLLOW UP

La seconda fase quella della pianificazione, è la parte che può subire delle variazioni a seconda del tipo di modello a cui si fa riferimento (Henderson, Cantarelli, Orem etc.)

La differenza che c'è tra **bisogno** e **diagnosi infermieristica**? Il bisogno è una carenza totale o parziale e quindi il fatto che ci sia una assenza di un qualcosa porta l'essere umano per organizzarsi a soddisfare questo bisogno. La diagnosi infermieristica è un giudizio su una risposta in un ambito disciplinare ben preciso. Risposta di ordine medico con delle conseguenze ripercussioni che potrebbero portare ad un mancato bisogno.

Il **problem solving** è il processo di identificazione di un problema e quindi di pianificazione e attuazione delle fasi per risolverlo. In altri termini è "il processo utilizzato quando si percepisce una discrepanza tra ciò che sta accadendo e ciò che dovrebbe accadere".

Il processo infermieristico è simile agli altri metodi formali di Problem solving:

- **Metodo scientifico:** è un approccio sistematico e ottico alla soluzione dei problemi, basato su dati e sulla verifica di ipotesi. La prima fase è l'identificazione del problema e quella successiva è la sua definizione corretta che funge da guida per la definizione dei criteri in base ai quali valutare le soluzioni possibili. A volte però il problema da affrontare non è immediatamente evidente, perciò si raccoglie una serie di dati, il più possibile esaustivi, per identificare il problema o i fattori di rischio per la salute.
- **L'intuizione:** si basa sull'utilizzo del senso innato, ovvero una sensazione che fa da guida per identificare un problema anche se non palesemente identificabile.
- **Tentativi ed errori:** si sperimenta varie soluzioni fino ad individuare quella che ha funzionato (non raccomandabile).

Il problem solving, è costituito da:

- **RAGIONAMENTO DIAGNOSTICO**, capacità di ragionare in maniera diagnostica. Raccogliere dei dati per diagnosticare su quei dati per associarli ed identificare dei problemi;
- **GIUDIZIO PROGNOSTICO**, rispetto a quella che è la risoluzione di un problema, identificare gli esiti ottimali da ottenere in funzione di un problema, quanto è possibile raggiungere in quella persona in termini di esito;
- **DECISION MAKING**, attività di ragionamento quanto vi è un problema definito o certo, capire quali sono le cause per ottenere l'esito e la risoluzione del problema.

Qualità richieste ad un infermiere:

- **Processo decisionale:** processo di selezione dell'azione migliore, ossia dell'intervento che più probabilmente produrrà il risultato desiderato, tale capacità include riflessione, valutazione e scelta.
- **Pensiero critico:** riflessione attenta orientata al raggiungimento di un obiettivo

PENSIERO CRITICO

Il pensiero critico è sia un atteggiamento sia un processo cognitivo e implica numerose capacità intellettuali. Il pensiero critico è dunque un modo di pensare disciplinato, auto diretto e razionale, che avvalora ciò che si conosce e chiarisce ciò che non si conosce.

Questo è: razionale e fondato (si basa su argomentazioni più tosto che su pensieri o preferenze personali), implica la concettualizzazione (elaborazione di un concetto, ovvero una immagine della realtà), riflessione (ponderare, considerare o discutere qualcosa).

La disciplina infermieristica è sia una disciplina scientifica, perchè comprende i risultati della ricerca infermieristica e i modelli concettuali infermieristici, ma anche un'arte, arte che comprende l'instaurare un rapporto empatico con il paziente implicando anche la sensibilità umana.

FASE 1: ACCERTAMENTO

Raccolta sistematica di dati rilevanti e importanti, ossia di informazioni o fatti riguardanti la persona assistita. Gli infermieri utilizzano i dati per: identificare i problemi di salute, pianificare l'assistenza infermieristica, valutare i risultati conseguiti dall'assistito. Durante la fase di accertamento, l'infermiere raccoglie, convalida, registra e organizza i dati in categorie predefinite.

L'obiettivo è quello di acquisire un quadro complessivo delle condizioni dell'assistito e di come è possibile aiutarlo. Evidenzia quindi le risposte dell'assistito alla malattia e ai problemi da essa determinati, diversamente dall'accertamento medico che focalizza il processo morboso e la patologia.

1. Raccogliere i dati mediante:
 - a. Intervista
 - b. Osservazione
 - c. Esame fisico/obbiettivo
 - d. Revisione documentazione/referti
 - e. Collaborazione colleghi
2. Validare i dati con l'assistito e le persone significative:
 - a. Confrontare dati soggettivi e oggettivi
 - b. Validare i dati discordanti
3. Organizzare e registrare i dati:
 - a. Accertamento iniziale usare la modulistica (database di ricovero)
 - b. Accertamento continuo: utilizzare un modello di infermieristica per organizzare l'accertamento: registrare sul piano di assistenza o sulle note assistenziali (consegne di reparto)
 - c. Accertamenti mirati: effettuarli in base alle necessità

Raccolta dei dati:

È il processo con il quale si acquisiscono informazioni sullo stato di salute di un assistito (pressione arteriosa, colore delle urine, referti dei test di laboratorio etc.), una famiglia (genogramma, reddito familiare, dati sulla sicurezza e salubrità dell'abitazione etc.), una comunità (ambiente, tassi di mortalità e morbilità etc.).

Dati soggettivi, oggettivi e strumentali

I dati *soggettivi* sono detti latenti o sintomi. Quelli *oggettivi* sono anche detti dati obiettivi o segni. Entrambi sono essenziali per un accertamento esaustivo.

I dati *soggettivi*, non sono misurabili né servibili, possono essere ricavati solo da ciò che l'assistito esprime. Essi includono i suoi pensieri, convinzioni, sentimenti, sensazioni e la percezione che egli ha di sé e delle proprie condizioni di salute. I dati *soggettivi* sono quelli riferiti dall'assistito (Ho prurito...)

I dati *oggettivi*, possono essere rilevati da persone diverse dall'assistito. Di solito possono essere raccolti mediante l'osservazione e l'esame obiettivo dell'assistito (Lesione cutanea da grattamento)

I dati *strumentali* sono dati oggettivi misurati mediante strumenti e che riflettono le proprietà e le caratteristiche di un determinato elemento (ECG-EEG-analisi biologiche etc.)

TUTTI I DATI DEVONO ESSERE PRESI, MA SOLO UNO.

I dati una volta presi e registrati, vengono comparati con degli standard ovvero un intervallo di riferimento entro il quale cade la normalità così da definire un'alterazione e che mi contribuiscono alla definizione della diagnosi infermieristica o del problema collaborativo.

Fonti primarie e secondarie

L'assistito costituisce la fonte primaria dei dati, tutte le altre fonti sono secondarie.

Sia le fonti primarie che secondarie possono essere soggettive o oggettive, ossia i dati possono essere ricavati dalle affermazioni dell'assistito oppure dall'osservazione e dall'esame obiettivo.

La documentazione inerente il ricovero in corso ed eventualmente a quelli pregressi è una fonte secondaria.

Accertamento iniziale e continuo

L'accertamento *iniziale* viene effettuato durante il primo incontro infermiere-assistito e in genere è globale, essendo costituito da tutti i dati soggettivi e oggettivi connessi allo stato di salute dell'assistito. Quando l'accertamento iniziale viene eseguito all'arrivo dell'assistito presso la struttura di assistenza si parla di accertamento al ricovero. Per ogni assistito si dovrebbe effettuare un accertamento iniziale con il quale determinare il bisogno di assistenza e di accertamenti ulteriori.

L'accertamento *continui*, consiste nella raccolta di dati che si effettua dopo il database dell'assistito è completo. Ciò avviene a ogni interazione infermiere-assistito. I dati vengono poi usati per identificare nuovi problemi e per valutare la gravità di quelli già identificati. Valutazione che può essere fatta con delle scale di valutazione appropriate.

Le **scale di valutazione** aiutano l'infermiere ad attribuire una valutazione oggettiva mediante la comparazione con uno standard di riferimento. Sono quindi degli elementi oggettivi per la valutazione di una entità di un problema o rischio di sviluppare un problema, non possono essere cambiate altrimenti cambiano di specificità. La scala non permette di valutare il livello di coping, perchè valutano solo lo stato funzionale e non quello psicologico, per tanto deve essere integrato con un modello concettuale per valutare l'area psicologica e sociale, che la scala non prende in esame

Accertamento globale e mirato

Un accertamento *globale* offre un quadro generale delle condizioni di salute dell'assistito, e costituisce il database dell'assistito.

Un accertamento *mirato* è un focus mirato di raccolta dati su una specifica condizione clinica, un problema reale, potenziale o possibile che è stato diagnosticato. L'accertamento si focalizza anziché sulle condizioni di salute complessive dell'assistito, su un particolare aspetto o su uno specifico segmento corporeo.

Metodo di raccolta dati

INTERVISTA

È un colloquio mirato è strutturato durante il quale l'infermiere interpella l'assistito per ottenere dati soggettivi. Al ricovero, si effettua in modo programmato un'intervista formale. Nell'accertamento continuativo, le interviste possono essere rappresentate da interazioni informali, brevi, strettamente concentrate su un argomento, che avvengono tra infermiere e assistito, ma restano comunque mirate e strutturate.

Durante l'accertamento iniziale, lo scopo fondamentale dell'intervista è di ottenere dati soggettivi per l'anamnesi infermieristica. L'anamnesi infermieristica comprende dati relativi agli effetti della malattia sulle attività di vita quotidiana dell'assistito e sulla sua capacità di gestirle. Considera la persona nel suo insieme, poiché include dati sui bisogni di base, non solo di natura biologica.

Prima di effettuare l'intervista è norma leggere la cartella infermieristica, in modo da capire chi è l'assistito e che cosa si vuole realizzare, oltre che ad evitare di riprendere informazioni già prese precedentemente.

OSSERVAZIONE

L'osservazione è l'uso consapevole e intenzionale delle funzioni sensoriali per raccogliere dati della persona assistita e dall'ambiente. Si attiva ogni volta che l'infermiere è a contatto con l'assistito e/P con le persone di riferimento.

1. Entrando nella stanza, osservare l'assistito per rilevare segni di sofferenza (Pallore, sudorazione etc.).
2. Verificare l'eventuale presenza di rischi per la sicurezza dell'assistito
3. Verificare strumentazione e presidi

ESAME FISICO

E' un accertamento sistematico dei sistemi e degli apparati dell'organismo. Questo fornisce dati oggettivi, che possono essere usati per validare i dati soggettivi ottenuti con l'intervista o per chiarire l'effetto della malattia sulle capacità funzionali dell'assistito.

Un approccio è l'esame dalla *testa ai piedi*, oppure nell'esaminare ciascuno dei *sistemi e degli apparati corporei* secondo un ordine predefinito.

L'*auscultazione*, si effettua per mezzo dell'udito e può essere diretta o indiretta se si usa il fonendoscopio.

La *percussione*, colpire la superficie corporea per provocare suoni o vibrazioni.

La *palpitazione*.

Svolta la raccolta dei dati si applica una validazione degli stessi per effettuare un controllo e verifica.

FASE 2: DIAGNOSI

Le informazioni raccolte durante l'accertazione sono mirate ad una loro analisi e a trarre delle conclusioni sullo stato di salute dell'assistito. La diagnosi rappresenta una fase determinante del processo: tutte le attività che precedono sono dirette alla formulazione delle diagnosi infermieristiche, mentre tutte le attività successive di pianificazione dell'assistenza si basano sulle diagnosi infermieristiche formulate.

La qualità dei dati raccolti influenza sull'attendibilità delle diagnosi infermieristiche. I problemi e le risorse identificate durante la fase delle diagnosi orientano l'infermiere nell'individuazione di risultati e di prescrizioni infermieristiche appropriate da inserire nel piano di assistenza (pianificazione).

La diagnosi infermieristica è un giudizio clinico riguardante le risposte della persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute/processi vitali in atto o potenziali. Giudizio clinico che l'infermiere esprime ed ha necessità e bisogno di avere conoscenza e capacità di apprendere con autonomia di giudizio.

Giudizio clinico è un ambito di specificità, ambito che l'infermiere esprime quel giudizio. Giudizio non sullo stato di salute ma sulle risposte al problema di salute: fisica, psichica o sociale.

Diagnosi infermieristiche reali

Descrive un problema esistente al momento dell'accertamento. Deve essere formulata sulla base dei segni e dei sintomi associati (caratteristiche definenti). L'assistenza infermieristica è diretta ad alleviare/risolvere i problemi reali oppure a stimolare risposte adattative.

Diagnosi infermieristiche potenziali o di rischio

Descrive un problema che potrebbe svilupparsi se l'infermiere non intervenisse. Si basa sulla presenza di fattori di rischio che predispongono una persona a sviluppare un determinato problema. L'assistenza infermieristica è diretta alla prevenzione del problema attraverso la riduzione dei fattori di rischio, oppure alla precoce identificazione del problema, così da ridurre le conseguenze.

Diagnosi infermieristiche possibili

È sostanzialmente una ipotesi diagnostica. Si hanno dati a sufficienza per sospettare l'esistenza di un problema ma non per esserne certi. Un problema possibile orienta l'assistenza infermieristica verso la raccolta mirata di dati, per confermare o escludere la diagnosi.

L'enunciazione di tale diagnosi può evitare: di omettere una diagnosi importante, formulare una diagnosi non corretta a causa dell'insufficienza dei dati.

In queste mancano le caratteristiche definenti.

Diagnosi infermieristica REALE	Diagnosi infermieristica POTENZIALE (O DI RISCHIO)	Diagnosi infermieristica POSSIBILE
Problemi in atto	Problema che può insorgere	Problema non sicuramente presente
Sono presenti segni e sintomi	Sono presenti fattori di rischio	Alcuni segni/sintomi presenti, ma non dirimenti ai fini della diagnosi infermieristica
		Dati incompleti

Diagnosi di benessere

Vi è un buono stato di salute accettabile e lo si vuole aumentare, quelle che sono meno usate in Italia. Si va quindi a potenziare e a gestire meglio lo stato di salute. Usabile comunque nel territorio nei gruppi di aiuto (alcolisti anonimi etc.)

Diagnosi a sindrome

Questo è l'insieme di più problemi che contengono più diagnosi infermieristiche di vario tipo, es. reali e potenziali, non sempre però l'insieme di queste danno una diagnosi a sindrome, infatti per enunciare tale diagnosi occorre che tutte le diagnosi definenti (quelle enunciate dal sistema NANDA che costituiscono la condizione *sine quanon*, siano presenti) siano presenti. Se tale caratteristica non viene rispettata, non si potrà enunciare tale diagnosi, ma si tratteranno le singole diagnosi ritrovate. In Italia, l'unica rientrante nel profilo professionale è la *Sindrome da immobilizzazione*.

I problemi collaborativi

Nel modello bifocale di Carpenito, sono complicanze fisiopatologiche di diagnosi mediche o di trattamenti diagnostici o terapeutici che gli infermieri gestiscono mediante interventi di prescrizione sia medica sia infermieristica. Gli interventi infermieristici autonomi per la gestione di questi problemi sono focalizzati sul monitoraggio dei segni e sintomi di cambiamento delle condizioni cliniche e sulla riduzione delle complicanze a essi connesse. Il trattamento risolutivo delle condizioni cliniche descrivibili come problema collaborativo richiede interventi sia medici che infermieristici.

TASSONOMIE

NANDA INTERNATIONAL	Diagnosi
NOC (outcome)	Risultati/Obbiettivi
NIC (interventions)	Interventi

COMPONENTI DELLA DIAGNOSI

Titolo: è un termine che descrive lo stato di salute dell'assistito.

Definizione: esprime chiaramente e precisamente la natura essenziale del titolo diagnostico, differenziandolo da tutti gli altri.

Caratteristiche definenti: sono i dati che indicano la presenza del titolo diagnostico e permettono la sua enunciazione. Per le diagnosi reali sono i segni e sintomi, per le diagnosi di rischio sono i fattori di rischio. La presenza di due o tre elementi, dalla lista associata ad ogni diagnosi, permette di avvalorare la diagnosi stessa. Le caratteristiche definenti si possono dividere in due tipologie:

- Quelle maggiori sono caratteristiche riscontrabili nell'80-90% di casi;
- Quelle minori, sono di supporto alle caratteristiche definenti maggiori ma possono anche non essere presenti.

Fattori correlati o di rischio: sono le condizioni o le situazioni in qualche modo associate al problema. Si tratta di condizioni che precedono, influenzano, causano il problema o vi contribuiscono. Possono essere condizioni di natura biologica, psicologica, sociale, evolutiva, connesse a un trattamento, a una situazione e così via. Possono essere usati come fattori eziologici (causa), di diversi problemi, così come l'eziologia di un singolo problema sia riconducibile a più fattori correlati.

ENUNCIAZIONE

A una componente: problema

A due componenti: problema *correlato a* fattore correlato o di rischio

A tre componenti: problema *correlato a* caratteristica definente *secondario a* diagnosi medica

RISULTATI E PRESCRIZIONI INFERMIERISTICHE

La prima parte dell'enunciazione diagnostica specifica ciò che deve modificarsi, per tanto questa determina quali sono i risultati da rilevare per verificare se tale cambiamento è avvenuto.

All'interno di ogni unità operativa è presente un repertorio diagnostico, ovvero tutte le diagnosi che il gruppo di infermieri opterebbero dover gestire negli assistiti che vengono ricoverati all'interno di quella specifica unità operativa. Raccolta che deriva da un'analisi di prevalenza rispetto alle diagnosi riscontrate nella popolazione di riferimento (assistiti che accedono all'interno dell'unità operativa), e che vengono gestite. E' uno studio retrospettivo, sulla base di cosa vi è stato in una finestra temporale passata di durata accettabile da giustificare le scelte delle diagnosi infermieristiche prese in esame..

FASE 3: PIANIFICAZIONE

La pianificazione dell'assistenza infermieristica alle persone è responsabilità dei professionisti infermieri. Con Dall'enunciazione diagnostica vengono identificati i risultati attesi e identificare gli interventi infermieristici finalizzati al loro conseguimento.

L'obiettivo è quello di produrre un lano di cure infermieristiche olistico, concepito in base ai problemi e alle risorse del singolo assistito.

L'infermiere in questa fase è impegnato nelle seguenti attività:

1. Decidere quali problemi richiedono l'elaborazione di piano personalizzati e quali possono essere affrontati ricorrendo a percorsi assistenziali, standard di assistenza, linee guida e procedure e altre forme predefinite e standardizzate di assistenza.
2. Scegliere e adattare, quanto è opportuno, interventi e piani di assistenza standard prestampati.
3. Stabilire e scrivere i risultati e le prescrizioni infermieristiche personalizzati per i problemi che richiedono all'infermiere una attenzione che va oltre l'assistenza abituale, pre codificata.

La sua efficacia dipende direttamente dalle fasi di accertamento e di diagnosi. Se i dati raccolti sono completi e attendibili e se l'enunciazione diagnostica è corretta, allora i risultati e gli interventi infermieristici procedono in modo logico e saranno probabilmente efficaci.

PIANIFICAZIONE DEI RISULTATI

L'assistenza deve essere orientata ai risultati. I percorsi assistenziali descrivono risultati da conseguire con interventi multidisciplinari. Dopo aver determinato lo stato di salute attuale dell'assistito il passo successivo consiste nello stabilire obiettivi per modificare o mantenere tale condizione.

Un risultato **atteso** descrive le risposte che ci si aspetta che l'assistito metta in atto a seguito degli interventi messi in atto.

Un risultato sensibile all'infermieristica è tale quando può essere raggiunto mediante interventi infermieristici o è da essi condizionato.

Diagnosi reali

I risultati attesi si focalizzano sul ripristino di risposte funzionali e sulla prevenzione di altre complicanze. Essi specificano i comportamenti dell'assistito che dimostrano la risoluzione o la riduzione del problema e che egli dovrebbe essere in grado di produrre grazie ad attività infermieristiche autonome.

Diagnosi di rischio

I risultati attesi sono finalizzati alla prevenzione del problema, le risposte dell'assistito dovrebbero dimostrare un grado di autonomia esente da problemi oppure, se ciò non è possibile, il mantenimento del livello di autonomia attuale.

Diagnosi possibili

Rappresentano una eccezione in quanto non sono enunciate in termini di risposte dell'assistito. Qui il risultato è la conferma o l'esclusione della diagnosi.

Gli obiettivi a **breve** termine possono essere raggiunti entro pochi giorni o poche ore. Possono servire anche per valutare i progressi verso obiettivi a lungo termine

Gli obiettivi a **lungo** termine descrivono cambiamenti dei risultati dell'assistito che si realizzano in un lungo periodo più lungo, di solito una settimana o più. Mirano al ripristino della normale funzionalità nell'area interessata dal problema, qualora questo non sia possibile, tali obiettivi descrivono il massimo livello di funzionalità raggiungibile in relazione alle condizioni e alle risorse dell'assistito.

CLASSIFICAZIONE NOC

La NOC è una terminologia standard. Per la descrizione dei risultati degli assistiti. Un risultato è una condizione, un comportamento o una percezione del soggetto, della famiglia o della comunità, misurabile lungo un continuum che rappresenta la risposta agli interventi infermieristici.

Nella tassonomia NOC il titolo del risultato è l'enunciazione di massima, la denominazione standard in due-tre parole. Il risultato è espresso con una affermazione neutra, che consente l'identificazione dei cambiamenti positivi o negativi nella condizione dell'assistito. L'infermiere stabilisce i risultati basati sulle diagnosi infermieristiche identificate.

Gli **indicatori** sono condizione comportamenti concreti, osservabili che possono essere utilizzati per valutare la condizione dell'assistito. Ogni risultato include un elenco di indicatori, l'infermiere seleziona gli indicatori adatti per l'assistito e può aggiungerne all'elenco.

Una **scala di misura** a cinque punti permette di valutare lo stato dell'assistito relativamente a ogni indicatore.

Criterio di risultato/esito: affermazione descrittiva un comportamento misurabile dell'utente/famiglia/collettività che denota uno stato favorevole dopo l'erogazione di assistenza infermieristica. Deve essere misurabile tramite l'**indicatore di risultato** che è l'elemento oggettivo che osservo e con cui posso denotare che il criterio di esito è raggiunto e che porta ad una diminuzione della causa e per tanto alla risoluzione della diagnosi infermieristica.

REQUISITI:

- Realistico, sulla base delle condizioni reali del paziente, posso elaborare delle azioni raggiungibili effettivamente;
- Specifico, non posso identificare un criterio di esito generale ma specifico per la causa/fattore correlato, inserito nell'enunciazione diagnostica. Più è specifico e meglio lo posso raggiungere
- Misurabile, poiché deve essere quantificabile è oggettivo, si deve evincere il progresso dell'assistenza, indicatori di risultato
- Condivisi, con l'assistito per facilitare la collaborazione e migliorare il risultato rendendo più veloce, condiviso anche con gli altri infermieri per convogliare gli sforzi verso una linea comune.
- Tempo, attuabile in un periodo con cui posso fare una valutazione e quindi modificare o variare prestazioni per raggiungere l'obiettivo.

Il criterio di risultato può essere descritto ed avere le caratteristiche precedentemente descritte oppure scegliendo dalla classificazione dei **NOC**, di supporto per la diagnosi infermieristica.

PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI

È costituito da una qualsiasi azione basata sul giudizio clinico e sulle conoscenze infermieristiche che un infermiere mette in atto per raggiungere i risultati dell'assistito.

Sono identificati e raggruppati durante la fase di pianificazione ma vengono realizzati durante la fase di gestione/attuazione.

Possono essere autonomi, dipendenti o interdipendenti.

Autonomi, sono quelli che gli infermieri sono autorizzati a prescrivere, effettuare o delegare in base alle loro conoscenze e capacità. La NIC si riferisce a essi come a cure attivate dagli infermieri che sono azioni autonome basate su un razionale scientifico.

Dipendenti, sono prescritti dal medico curante e messi in atto dall'infermiere responsabile come ad esempio: somministrazione di farmaci, esami diagnostici, terapie endovenose etc.

Interdipendenti attuati di concerto con gli altri professionisti del team sanitario: fisioterapisti, assistenti sociali, dietisti e medici.

CLASSIFICAZIONE NIC

Gli interventi proposti dalla tassonomia **NIC** classifica gli interventi in sette domini: fisiologico di base, fisiologico complesso, comportamento, sicurezza, famiglia, sistema sanitario, comunità. Ogni intervento NIC ha un titolo, una definizione, è un elenco di attività c'è evidenziano le azioni chiave che gli infermieri compiono per portare a termine l'intervento. L'infermiere dovrebbe selezionare le attività adeguate e

personalizzarle in base alle necessità dell'assistito nonché ai presidi, agli strumenti e alle altre risorse disponibili nella struttura, e tale fase si ha nell'applicazione/attuazione del piano.

La pianificazione si diversifica a seconda della tipologia di assistito/i ho da affrontare. Infatti questa può essere o di *primo livello*, oppure di *secondo – terzo livello*.

Se il livello degli assistiti è **omogeneo**, applico delle pianificazioni di *primo* livello, in cui vengono riprese le pianificazioni standard.

Se il livello degli assistiti è **disomogeneo** viene applicata una pianificazione di *secondo* (intermedia) o di *terzo* (personalizzata) livello. Nel terzo livello l'infermiere deve personalizzare l'assistenza, in quanto la diagnosi infermieristica non rientra nel repertorio diagnostico di unità operativa.

Un **protocollo, non è una pianificazione**. Infatti questo è uno strumento condiviso con una responsabilità condivisa tra gli autori: infermieri e medici, fatta di scelte che derivano da una riflessione per una attività e non un problema, attività che può contribuir alla risoluzione di un problema ma non lo risolve.

PIANIFICAZIONE STANDARD:

- ENUNCIAZIONE DELLA DIAGNOSI
- POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO
- FATTORI RILEVATI
- TABELLA, che dà evidenza della pianificazione con: criteri di risultato ed esito, prestazioni/interventi, strumenti, documenti (cartella infermieristica).e

FASE 4: GESTIONE/ATTUAZIONE

Qui l'infermiere svolge o delega le attività necessarie al conseguimento dei risultati dell'assistito. A grandi linee, le attività di questa fase sono: agire, delegare e registrare. La gestione/attuazione termina quando le azioni infermieristiche e le conseguenti risposte dell'assistito sono state registrate nella cartella clinica.

La gestione attuazione dipende dalle prime quattro fasi del processo infermieristico: accertamento, diagnosi, pianificazione dei risultati, pianificazione degli interventi. Tali fasi costituiscono le basi per le prestazioni infermieristiche autonome effettuate durante la fase di gestione/attuazione. Senza di esse la gestione/attuazione (e l'infermieristica) rifletterebbe solo funzioni dipendenti, quali l'esecuzione di prescrizioni mediche e l'attuazione delle linee guida istituzionali.

Utilizzando i dati acquisiti durante l'accertamento l'infermiere può personalizzare l'assistenza fornita adattando gli interventi alla singola persona, invece di svolgere interventi routine i per categorie di assistiti. Si continua a valutare l'assistito ad ogni interazione, raccogliendo dati sulle risposte alle azioni infermieristiche e su nuovi problemi che possono insorgere. L'accertamento continuino non corrisponde alla gestione/attuazione ma si svolge **durante** la gestione/attuazione.

I dati ottenuti durante l'effettuazione degli interventi vengono utilizzati per identificare nuove diagnosi, o per modificare quelle già formulate. Inoltre si può modificare e adattare i risultati attesi e le prescrizioni infermieristiche iniziali man mano che i bisogni del singolo assistito divengono più evidenti.

La responsabilità è un aspetto dell'autonomia. Avere autonomia implica che l'infermiere sia responsabile delle proprie azioni e possa definire, spiegare e valutare i risultati delle proprie decisioni.

Applico cosa ho pianificato, quindi prima di applicarlo lo devo condividere, perchè la presa in carico ruota su persone che si alternano e colleghi. La convinzione è anche verso l'OSS, ed'è nella fase di attuazione che possono applicare la loro autonomia operativa e quindi applicare degli interventi sui miei assistiti. Prescrizione e delega.

Si deve registrare se si è fatto o meno quella operazione prevista.

FASE 5: VALUTAZIONE

La valutazione è un attività pianificata, intenzionale, continua nella quale l'assistito, i familiari, l'infermiere e altri professionisti sanitari stabiliscono: l'andamento dell'assistito verso il raggiungimento dei risultati, l'efficacia del piano di assistenza infermieristica. L'infermiere e l'assistito stabiliscono la qualità della salute di quest'ultimo usando come criterio predefinito, le risposte preventive (risultati) identificate nella fase di

pianificazione. Essi stabiliscono il valore del piano di assistenza infermieristica usando come standard l'applicazione eccellente di ogni fase del processo infermieristico.

La valutazione ha inizio come l'accertamento iniziale e continua a ogni interazione con l'assistito. La frequenza della valutazione dipende dalla frequenza delle interazioni che a sua volta è determinata dalle condizioni cliniche dell'assistito o dal disturbo valutato.

Una valutazione efficace dipende dall'efficacia delle fasi che la precedono. I dati dell'accertamento devono essere attendibili ed esaustivi, in modo che i risultati enunciati durante la fase di pianificazione risultino appropriati per l'assistito. I risultati attesi (pianificazione), per essere utili alla valutazione dei risultati effettivi raggiunti dall'assistito, devono essere enunciati in termini di comportamento concreto. Infine, senza la fase di gestazione/attuazione, non vi sarebbe nulla da valutare.

Valutare l'andamento dell'assistito

La valutazione **continua** si svolge durante l'effettuazione di un intervento, permettendo di apportare modifiche in tempo reale.

La valutazione **discontinua** effettuata in momenti specifici, evidenzia il livello di progressione verso il conseguimento dei risultati; essa consente di correggere eventuali carenze nell'assistenza erogata alla persona e di modificare il piano di assistenza infermieristica secondo necessità. La valutazione prosegue fino a quanto gli obiettivi di salute dell'assistito non siano stati raggiunti oppure fino alla dimissione dell'assistenza infermieristica.

La valutazione **finale** descrive le condizioni dell'assistito al momento della dimissione. Include la comprensione da parte dell'assistito della necessità di assistenza successiva (follow up) e del livello di raggiungimento dei risultati, specialmente riguardo alle capacità di autocura. La maggior parte delle strutture sanitarie dispone di uno speciale modulo di dimissione per la valutazione finale, nonché per le istruzioni riguardanti la terapia farmacologica, le altre cure e il follow-up. Mentre si assiste la persona durante tutta la sua degenza ospedaliera, là si dovrebbe preparare alla dimissione promuovendo gradualmente la cura di sé e parlando del momento in cui lascerà l'ospedale.

Processo di valutazione dell'andamento dell'assistito

Riesaminare i risultati attesi (indicatori). I risultati e indicatori identificati nella fase di pianificazione dei risultati costituiscono i criteri usati per valutare le risposte del soggetto all'assistenza infermieristica. I risultati attesi hanno due scopi: stabilire il tipo di dati che è necessario raccogliere e fornire standard in base ai quali valutare i dati raccolti.

Raccogliere dati di valutazione. Significa acquisire dati riguardanti le risposte dell'assistito agli interventi infermieristici.

Confrontare le condizioni dell'assistito con i risultati attesi e trarre una conclusione.

Risultato raggiunto: la risposta attesa si è verificata ossia la risposta effettiva è identica a quella attesa.

Risultato parzialmente raggiunto: sono stati osservati alcuni, ma non tutti, comportamenti attesi, oppure il risultato previsto viene a raggiunto solo per un certo periodo

Risultato non raggiunto: la risposta attesa non si è verificata nei termini di tempo stabiliti, oppure il risultato effettivo non corrisponde al risultato atteso. Si deve pertanto riesaminare l'

FASE 6: FOLLOW UP

Garantire il concetto di continuità dell'assistenza. Non decidiamo noi se dimettere o meno il paziente, decisione ragionata sui dati clinici ed emodinamica e non sui caratteri dell'autonomia funzionale ottimale. Il ripristino della stabilità clinica non coincide con il ripristino con l'autonomia residua ottimale. Si lavora sul concetto di continuità assistenziale sul Follow UP. Si può organizzare a seconda del tipo di struttura a cui è rivolta la persona, a garantire la continuità assistenziale:

- Scheda di trasferimento infermieristico, dati tecnici prevalenti (vol. Liquidi, PV rilevati etc.) sul dato clinico assistenziale. Viene usata quando l'assistito viene trasferito da un'unità operativa all'altra.
- Dimissione infermieristica, il dato clinico-assistenziale è prevalente su quello tecnico, quindi ci sarà prevalente dati assistenziali basati su scale (attività di vita quotidiana, attività di vita strumentale etc.).

Se è domiciliare, la nostra relazione è diretta verso il CARE GIVER, cioè colui che si prenderà cura dell'assistito a casa e non deve essere per forza un familiare ma può essere anche una terza persona

Se è verso una struttura, saranno gli altri infermieri a prendersi cura della persona

SCHEDA DI TRASFERIMENTO, dati tecnici prevalenti (volume di urine, PV rilevati etc.) sul dato clinico assistenziale. La faccio quando si passa da un'unità operativa ad un'altra. Oltre ci sono anche le diagnosi infermieristiche risolte e quelle che sono ancora da risolvere e su cui si stava lavorando.

DIMISSIONE INFERMIERISTICA, Il dato problematico clinico-assistenziale è prevalente su quello tecnico, quindi ci sarà prevalente dati assistenziali quantificati da scale (attività di vita quotidiana attività di vita strumentale)

LABORATORIO DEL 22/12/2015

Strumenti organizzativi del lavoro

- Mission
- job description
- Istruzioni operative

Concetti:

- **Accreditamento istituzionale,**
- **accreditamento professione,**
- **prescrizione, delega**

L'accettazione raccoglie gli strumenti sopra riportati, che va a stabilire CHI e CHE COSA FA, all'interno dell'unità operativa.

Differenza di competenza

Come l'infermiere organizza, che garantisce la presa in carico della persona, finalizzata agli aspetti clinici assistenziali.

ACCREDITAMENTO

E' una forma di riferimento di qualità per il cittadino che può quindi vedere la qualità dei servizi di tale struttura.

Due forme di accreditamento:

- **Istituzionale**, maggiormente usata, c'è una legge del Consiglio dei Ministri, che definisce che tutte le strutture che danno assistenza al cittadino devono essere accreditate, certificazione di qualità che dà in risposta ad un cittadino che ha bisogno percepito o reale di uno squilibrio di salute. Se non è accreditata non può erogare assistenza al cittadino. E' un simbolo di qualità, che rispecchia la qualità di salute erogata. Esistono tre tipi di accreditamento. **MAGGIORMENTE SVILUPPATO PERCHÉ DI LEGGE.**
 - **Pubblica**, in base alla qualità dei servizi e alla tipologia di azienda si ha un livello medio e alto.
 - **Privata**, pago l'intero intervento, ma senza convenzione per il SSN pagando il costo deciso dalla dirigenza. Il tutto però deve essere controllato dal SSN e deve essere sufficiente.
 - **Convenzionata** livello medio, convenzionata con il SSN, eroga prestazioni per conto del SSN, con uguaglianza della qualità dei servizi e dei costi (ticket). Può anche erogare prestazioni a carattere privato, quindi vi possono essere dei servizi a pagamento rimborsati dal SSN oppure no.

Tra i tre vi sono differenze di accreditamento richieste.

Quello massimo, di eccellenza, lo devono possedere le Aziende ospedaliere pubbliche. Si ha un accreditamento se vi è un'organizzazione che è uno dei requisiti. Oltre che essere in base alla tipologia di azienda (se ospedaliero o universitaria) è anche in base alla specialità di servizi che vengono erogati.

L'ospedale di torre galli, è una struttura ospedaliera, è una struttura territoriale, con diverso accreditamento, in quanto il livello di organizzazione e la tipologia di servizi è diverso.

Devono mantenere i requisiti necessari in quanto vi può essere una revoca con conseguenza chiusura di reparti.

L'accREDITAMENTO può essere:

- **Iniziale**, all'inizio della gestione aziendale, dando evidenza di quei requisiti per essere accreditata;
- **Periodici**, con organi appartenenti da Regioni, si recano in Azienda e controllano che vi siano sempre i requisiti ad un determinato livello, decidendo di confermare o revocare l'accREDITAMENTO, o anche con riserva, ovvero delle condizioni in cui qualcosa è mantenuto e qualche requisito è calato, danno quindi l'accREDITAMENTO ma con una riserva temporale di 6 mesi in cui si riverifica le lacune riscontrate.

La revoca comporta nel mondo privato, la chiusura della struttura in quanto sono obbligati a chiudere, il privato convenzionato ed il pubblico può portare ad un accREDITAMENTO di riserva in cui non si varia il livello di qualità, se viene revocato viene chiuso i reparti dell'area che non possiede più i requisiti necessario, andando a ridurre il livello di qualità in funzione dei requisiti di qualità riscontrati.

- **Professionale**, i professionisti devono essere accreditati. Livello di garanzia rispetto ai professionisti che lavorano all'interno di quella struttura. Si accredita il singolo per accreditare la professione all'interno di un reparto. In base al livello di competenze (sapere di quel professionista agita verso il professionista) e livello di performance (capacità del professionista di spendere e usare la competenza nel contesto clinico dove opera quantificabile con scale di valutazione). Si ha un range di rientro entro il quale quella professione può essere accreditata.

Se ho personale che rientra fuori dal range di riferimento, le ricadute vanno sul paziente in prima visione e poi un emarginazione dei soggetti che non rispettano il range di valutazione. Si può risolvere con un corso di formazione e di aggiornamento.

SIAMO NELLA FASE INIZIALE NEL MAPPARE I LIVELLI DI PERFORMANCE E RANGE DI RIFERIMENTO.

PRESCRIZIONE E DELEGA

Legato all'autonomia decisionale.

Delega, delegare un'altra persona con stesso livello di responsabilità e competenze, tra pari professionalità: INFERMIERE delega INFERMIERE. Le responsabilità sono di entrambi di tipo diverso:

- Colui che ha agito la prestazione su mia delega ha la **responsabilità dell'azione**,
- Colui che ha delegato l'azione, ha responsabilità nel vedere se un azione ha portato un esito di una mansione, **responsabilità di esito**, ovvero se dopo aver effettuato una operazione vedere gli esiti di tale operazione in base alla pianificazione fatta.

INFERMIERE delega INFERMIERE COORDINATORE, può essere sul piano clinico in quanto il coordinatore ha la base clinica, ma non viceversa in quanto ha profili di responsabilità diverse.

Prescrizione, prescrive all'OSS, atto che agiamo quando ci sono diverse responsabilità verso persone con profili di responsabilità diverse. L'OSS non ha autonomia decisionale. Può prescrivere solo chi ha autonomia decisionale.

Requisiti per prescrivere un'attività all'OSS:

- Se l'attività rientra nelle sue competenze: Conferenza Stato Regione del 2001, non è un mansionario ma costituito da funzioni e attività correlate;
- Stabilità e instabilità del paziente, se è stabile posso farlo fare all'OSS, se è instabile lo faccio io, perchè manca l'autonomia decisionale ovvero anche capire la valutazione dell'operazione sulla persona.

Se l'OSS sbaglia, lui ne risponde in prima persona e l'infermiere anche se l'operazione non era nella loro competenza o l'assistito non era stabile.

Come sono costruiti questi strumenti

Fanno parte integrante dell'accreditamento istituzionale e professionale. Sulle istruzioni operative si deve esercitare la delega è prescrizione

Mission, Job Description e Istruzioni Operative.

Sono gerarchiche tra loro, perché alcune scelte fatte nella Mission si riportano nelle matrici che costituiscono i singoli strumenti.

MISSION

Quello più complesso è la Mission. Si stabilisce i contenuti che la contraddistinguono alle altre unità operative e che servono all'assistito e che devono esprimere in elementi semplici.

Devono scegliere e considerare tra:

- Modello teorico di riferimento del Team infermieristico quindi la Mission della Unità Operativa, è da prediligere quelli che hanno una base scientifica piuttosto che filosofica, in quanto la scelta comporta una ricaduta in termini di pianificazione:
 - Approccio olistico: NANDA, HENDERSON, GORDON-CARPENITO, TASSONOMIA??
 - Approccio biomedico
- Mission dell'azienda, riferimenti aziendali, perché lavoriamo all'azienda e si deve concorrere con gli obiettivi aziendali.

La Mission, esprime la direzione verso la quale procedere, i valori di riferimento, l'identità dell'organizzazione. Documento sintetico che dichiara gli obiettivi che si perseguiranno ha valore di impegno/patto con una serie di interlocutori.

JOB DESCRIPTION

Organizzazioni per processi.

Insieme=attività legate tra loro e necessarie al funzionamento di quel processo.

Processo=un insieme di attività interdipendenti che servono per il funzionamento di quel processo.

Il modello teorico di riferimento, per cui un processo varrà quelle priorità o elementi definenti la teoria di riferimento.

Es. HENDERSON = teoria dei bisogni.

Job, organizzazione per processi e devo identificare i processi che gestisco e che contraddistinguono quella unità operativa.

Il processo sarà l'aria del bisogno, quindi sarà: eliminazione intestinale, comunicazione, igiene, mobilità etc.

Il singolo processo, avrà un TITOLO che corrisponderà al bisogno, all'interno avrà un elenco di ATTIVITA'/PRESTAZIONE che concorrono a quel processo, interdipendenti tra loro.

La Job può essere definita uno standard qualitativo perché definisce il numero di prestazioni che vengono svolte all'interno dell'unità operativa.

TITOLO: IGIENE E CURA DEL CORPO

PRESTAZIONI	OSS	INF.
Attività 1	X	
Attività 2	X	
Etc.		

Tutte le assegnazioni sono all'OSS quindi questo determina che siamo in unità con bassa complessità e non si ha instabilità del paziente, oppure perché le operazioni non rientrano nel profilo professionale.

ISTRUZIONI OPERATIVE

Sono uno standard qualitativo, mi dicono come vengono fatte le prestazioni. Se la Job identifica in tutti i suoi processi 130 prestazioni, io devo costruire 130 istruzioni operative. Da quale iniziò a lavorare per prima? Su quelle che saranno prescritte all'OSS, e poi quelle infermieristiche.

I contenuti sono questi:

TITOLO: CURA E PULIZIA DEL CAVO ORALE (elemento di continuità tra Job e istruzioni e operative, utilizzo lo stesso titolo che ho messo nella job)

LISTA DI DISTRIBUZIONE: il personale che esegue infermieristico e OSS

SCOPO: perché facciamo questa istruzione operativa

 Diagnostico: contribuisce alla diagnosi del problema

 terapeutico: contribuisce alla cura del problema

CAMPO DI APPLICAZIONE: assistiti/popolazione di riferimento (caratteristiche del paziente), unità operativa in uso dove utilizziamo queste istruzioni operative (luogo di degenze dell'assistito).

TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI: acronimi registrati dove vado a spiegare il significato, anche per chiarire la comprensione e chiarire il significato clinico.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ' (secondo elemento di continuità con la Job): fa riferimento a chi prescrive, chi effettua e chi valuta questa prestazione.

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ':

MATERIALE CHE NECESSITA

MODALITÀ' DI ESECUZIONE, azioni da attuare per fare quella prestazione, con un numero progressivo da fare e per standardizzare la stessa. Ogni azione deve avere un rationale (motivazione scientifica di quell'azione).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: articoli scientifici di riferimento, con il sistema Vancouver.