



Università degli Studi di Padova
Scuola di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**La persona con insufficienza respiratoria
in Terapia Intensiva dell’Azienda ULSS 7.
Proposta di piano assistenziale infermieristico
con modello M. Gordon e tassonomie
NANDA-I, NOC e NIC.**

Relatore: Dott.ssa Santin Cristina
Correlatore: Dott.ssa Rigon Luisa Anna

Laureanda: Martin Elisa
Matricola: 1048115

Anno Accademico 2014-2015

*“Un albero il cui tronco si può a malapena abbracciare
nasce da un minuscolo germoglio.*

*Una torre alta nove piani
incomincia con un mucchietto di terra.*

*Un lungo viaggio di mille miglia
si comincia col muovere un piede.”*

(Lao Tse)

INDICE

ABSTRACT

I. PRESENTAZIONE	p. 1
II. DESCRIZIONE DEI CONTENUTI FONDAMENTALI DELLA PROPOSTA PROGETTUALE	p. 3
1. PROBLEMA	p. 3
1.1 Descrizione del problema e del contesto di riferimento	p. 3
1.2 Analisi del problema organizzativo - professionale	p. 5
1.2.1 <i>Analisi delle manifestazioni</i>	p. 5
1.2.2 <i>Analisi delle cause</i>	p. 8
1.2.3 <i>Analisi delle conseguenze</i>	p. 8
1.3 Rilevanza del problema nel contesto e per la professione	p. 9
2. OBIETTIVI	p. 11
2.1 Risultati attesi dal progetto in termini di traguardi e/o tendenze da raggiungere rispetto alle variabili/indicatori dei fenomeni/manifestazioni del problema	p. 11
2.2 Eventuale temporizzazione dei risultati attesi rispetto a tappe significative del processo attuativo delle azioni previste	p. 11
3. STRATEGIE/INTERVENTI	p. 13
3.1 Alternative d'azione/intervento esplorate, direttamente mirate agli obiettivi	p. 13
3.2 Costi e benefici delle alternative esplorate	p. 13
3.3 Alternativa scelta	p. 13
3.4 Interventi di supporto (formazione, investimenti, cambiamenti organizzativi)	p. 13
3.5 Articolazione in fasi fondamentali dell'azione progettuale	p. 14
4. FATTIBILITÀ DEL PROGETTO	p. 19
4.1 Fabbisogno di risorse aggiuntive/risparmi di risorse rispetto alla situazione di partenza	p. 19
4.2 Eventuali ostacoli collegati con la disponibilità/attivabilità delle risorse aggiuntive	p. 19

4.3 Azioni di contrasto agli ostacoli previsti	p. 20
5. MODALITÀ DI CONTROLLO DEL PROCESSO ATTUATIVO	p. 21
5.1 Indicatori di verifica/valutazione	p. 21
5.1.1 Risultati attesi	p. 21
5.1.2 Attività svolte (avanzamento)	p. 22
5.1.3 Consumi di risorse	p. 22
5.2 Modalità e tempi della verifica/valutazione	p. 22
5.3 Implicazioni di sistema informativo e relative soluzioni	p. 23

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

- Allegato 1.** Tempogramma per l'implementazione del piano assistenziale infermieristico nell'U.O. di Rianimazione e Terapia Intensiva di Conegliano, ULSS 7.
- Allegato 2.** Tabella riassuntiva degli articoli selezionati.
- Allegato 3.** Scheda di valutazione iniziale globale per la persona con insufficienza respiratoria in Unità di Terapia Intensiva.
- Allegato 4.** Piano assistenziale infermieristico per la persona con insufficienza respiratoria con tassonomie NNN.

ABSTRACT

Problema. I dati epidemiologici dell’Azienda Socio Sanitaria ULSS 7 per il biennio 2013-2014 rilevano che, nell’Unità Operativa di Rianimazione e Terapia Intensiva dell’Ospedale Civile di Conegliano, la diagnosi medica di ricovero più frequente è “*Insufficienza respiratoria*”; inoltre, si osserva che gli infermieri si prendono cura degli assistiti grazie al supporto di strumenti operativi come linee guida aziendali, protocolli, procedure e diario infermieristico. La letteratura internazionale evidenzia la necessità sia di un’elevata competenza da parte degli infermieri nel prendersi cura della persona, sia di un linguaggio infermieristico standardizzato al fine di garantire la sicurezza e la qualità delle cure. Da queste considerazioni nasce l’idea di proporre un piano assistenziale infermieristico con il modello teorico di M. Gordon e le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC (NNN).

Obiettivi. Valutare la salute globale e descrivere i problemi di salute attraverso le diagnosi infermieristiche (NANDA-I), i risultati di salute attesi (NOC) e gli interventi infermieristici prioritari (NIC) della persona con insufficienza respiratoria in Unità Operativa di Rianimazione e Terapia Intensiva.

Materiali e metodi. È stata condotta una revisione della letteratura, consultando banche date internazionali, riviste scientifiche, reperendo articoli pertinenti al problema e pubblicati in lingua inglese dal 2000 al 2015.

Risultati. Sono stati progettati una scheda di valutazione globale della persona con gli 11 modelli funzionali di Gordon, focalizzando la raccolta dei dati sul “Modello 4 di attività e di esercizio fisico” ed un piano assistenziale infermieristico utilizzando le tassonomie NNN. In linea con la letteratura internazionale, inoltre, sono state enunciate le 5 principali diagnosi infermieristiche NANDA-I, i collegamenti NOC e NIC più frequenti per garantire la sicurezza e la qualità delle cure alla persona assistita.

Conclusioni. La proposta di implementazione di un piano assistenziale infermieristico con l’utilizzo del linguaggio infermieristico standardizzato NNN ed una scheda di valutazione globale basata sul modello teorico di M. Gordon, garantisce una presa in cura della persona attenta ai suoi desideri e bisogni di salute, nonché alle esigenze organizzative di efficace ed efficiente gestione delle risorse.

I. PRESENTAZIONE

Durante il mio percorso di studi nel Corso di Laurea in Infermieristica ho avuto modo, sia durante le lezioni in aula, sia in alcuni seminari presso la sede “Formazione in Agorà - Scuola di Formazione alla Salute” di Padova e nell’esperienza clinica di tirocinante, di approfondire l’aspetto della pianificazione assistenziale con un modello teorico infermieristico e con un linguaggio standardizzato per la realizzazione dei piani assistenziali in risposta ai bisogni di salute della persona assistita.

Nello specifico, durante l’esperienza di tirocinio nell’U.O. di Rianimazione e Terapia Intensiva dell’Ospedale Civile di Conegliano, ho osservato che il modello organizzativo assistenziale implementato nella gestione assistenziale dell’assistito ricoverato è il modello per settori e che gli strumenti operativi a supporto della presa in cura dell’utenza sono prevalentemente: linee guida aziendali, protocolli e procedure infermieristiche in accordo con le migliori evidenze scientifiche dell’*Evidence Based Nursing* (EBN), e l’uso di un diario infermieristico inserito all’interno della documentazione medico-clinica.

Quest’analisi organizzativo-assistenziale della realtà della Terapia Intensiva, mi ha permesso quindi di riflettere su come il processo assistenziale e l’arte del prendersi cura della persona in questa unità operativa, siano focalizzati soprattutto alla gestione efficace delle situazioni di urgenza ed emergenza, ma poco personalizzati nel rispondere ai desideri e ai bisogni della persona nel suo percorso di salute-malattia e di cura post-acuzia.

Sulla base di queste osservazioni e animata dal desiderio di aumentare le mie conoscenze in merito a questi aspetti della disciplina infermieristica, ho approfondito, in primis, la letteratura internazionale.

In un secondo momento, supportata da una tutor del Corso di Laurea in Infermieristica della sede di Conegliano, da un formatore esperto del processo assistenziale infermieristico e dell’utilizzo delle diagnosi infermieristiche NANDA-I, dei risultati infermieristici NOC e degli interventi infermieristici NIC nella clinica, nella formazione e nell’organizzazione, dall’Infermiere Coordinatore e dal personale infermieristico dell’U.O. di Rianimazione e Terapia Intensiva, ho deciso di sperimentare la pianificazione assistenziale infermieristica con il linguaggio tassonomico NANDA-I, NOC e NIC (NNN).

Ho scelto così di sviluppare un progetto di tesi avente l’obiettivo di valutare lo stato di salute globale della persona con problemi di insufficienza respiratoria, i suoi bisogni di

salute, i risultati di salute attesi e gli interventi infermieristici prioritari necessari per garantire la sicurezza e la qualità delle cure.

Ho realizzato, quindi, una scheda di valutazione globale della persona strutturata secondo gli 11 modelli funzionali del modello teorico di M. Gordon e ho costruito un piano di assistenza infermieristica con le tassonomie NNN basate sulla revisione della letteratura internazionale degli ultimi quindici anni.

Tale proposta di implementazione di un piano assistenziale infermieristico, offre un'elevata qualità delle cure erogate all'utenza con insufficienza respiratoria e contribuisce, inoltre, ad affermare e sviluppare l'autonomia, la responsabilità e le competenze della disciplina infermieristica; i quali sono aspetti essenziali per poter rispondere in modo efficace alla domanda di salute dell'attuale contesto socio-sanitario.

Concludendo, ritengo sia importante che, come sottolineano diversi autori, *“nella professione infermieristica, responsabilità sociali, razionalità e capacità cognitive siano applicate, non apprese per fini teorici e astratti”* (Gordon, 2009, p. 287) soprattutto perché *“il modo migliore per essere responsabili nel proprio agire è quello di comprendere a fondo la propria competenza clinica”* (Brokel, 2015, p. XXIV).

In quest'ottica è, dunque, chiaro che l'infermiere deve sapere chi è, che cosa sa e che cosa fa: infatti, solo con questa consapevolezza, egli può comprendere come il processo di assistenza infermieristica migliori il benessere della persona e renda l'infermieristica un'arte di bellezza, grazia e cura.

II. DESCRIZIONE DEI CONTENUTI FONDAMENTALI DELLA PROPOSTA PROGETTUALE

1. PROBLEMA

1.1 Descrizione del problema e del contesto di riferimento

La letteratura definisce l'insufficienza respiratoria una "condizione" correlata alle patologie del sistema respiratorio, che si instaura quando il fisiologico svolgimento della ventilazione è ostacolato da una serie di fattori, a causa meccanica e/o trasportatoria, per i quali non è garantito alle cellule un adeguato apporto di ossigeno e nutrienti necessari al loro fabbisogno; e che si manifesta con l'alterazione della pressione parziale dei gas (PaO_2 e/o PaCO_2) nel sangue arterioso (Roussos & Koutsoukou, 2003).

Secondo dati EUROSTAT del 2010, le malattie delle vie respiratorie rappresentano la terza causa di morte in Europa, con una media di 41,2 decessi per 100.000 abitanti e sono strettamente correlate all'età: infatti, la maggioranza dei decessi interessa le persone di 65 anni o più. A livello nazionale, secondo dati ISTAT del 2012, invece, le malattie croniche delle basse vie respiratorie rappresentano la settima causa di morte (7,1% delle morti totali in Italia) dopo i tumori e le patologie del sistema cardiovascolare.

Nel Piano Socio-Sanitario della Regione Veneto 2012-2016 si evidenzia come le broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO) rappresentino una causa rilevante di mortalità (2,8% dei decessi) ed ospedalizzazione, soprattutto nella popolazione anziana e ultra 75enne; inoltre, i dati presenti in letteratura sottolineano che, nella maggior parte dei casi, la causa di ricovero e/o riospedalizzazione è principalmente la riacutizzazione della patologia stessa (Chan et al., 2011; Garcia-Aymerich et al., 2003).

La Regione Veneto nel suo sito ufficiale elenca anche la diagnosi di insufficienza respiratoria come una fra i *Diagnosis Related Group* (DRG) più frequenti in regime ordinario di ricovero medico per acuti e, in risposta ai bisogni di presa in cura olistica della persona, nel BUR n.24 del 13 Marzo 2015, propone un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per le persone con problemi di BPCO, in quanto persone fragili, spesso affette da comorbilità e che hanno necessità di continuità nel percorso di cura e nella gestione del benessere nella malattia.

In linea con la filosofia e le politiche di salute della Regione Veneto, anche l'Azienda Socio Sanitaria ULSS 7 ha strutturato ed implementato il PDTA per la gestione della persona con problemi di BPCO, con l'obiettivo di ridurre il tasso di ospedalizzazione ampliando e rafforzando la rete della continuità assistenziale, nonché i progetti educativi per disincentivare il fumo, supportare l'adesione degli assistiti alla terapia farmacologica ed al vaccino antinfluenzale.

Inoltre, dall'analisi dei dati epidemiologici del 2013-2014 dell'Azienda ULSS 7, emerge che, nell'Unità Operativa di Rianimazione e Terapia Intensiva dell'Ospedale Civile di Conegliano, la diagnosi più frequente è "Insufficienza respiratoria" (codice ICD-9: 51881). In merito ai bisogni assistenziali infermieristici correlati a questa diagnosi medica, l'autore Polverino e collaboratori (2010) mettono in luce che sono molteplici e complessi; inoltre, la letteratura internazionale sottolinea che è necessaria un'elevata competenza da parte degli infermieri nel progettare il piano assistenziale infermieristico utilizzando un linguaggio infermieristico standardizzato, al fine di garantire la sicurezza e la qualità delle cure nella fase acuta e nel continuum assistenziale così da uniformare l'assistenza e migliorare la comunicazione tra i professionisti (Subirana, 2004).

Nello specifico, gli autori Alves Dos Santos et al., in uno studio pubblicato nel 2015 in merito alla descrizione del profilo e degli indicatori clinici delle diagnosi infermieristiche più comuni nelle persone con problemi di salute correlati all'insufficienza respiratoria, affermano che, conoscendo le dinamiche epidemiologiche e le complessità di tali assistiti, è indispensabile implementare dei piani assistenziali infermieristici nelle Unità di Terapia Intensiva, con l'obiettivo di leggere e possedere una conoscenza più approfondita dei bisogni di salute della persona e degli interventi più adeguati alla loro risoluzione.

Infine, l'utilità delle pianificazioni infermieristiche con NANDA-I, NOC e NIC nella pratica clinica è dimostrata dalla testimonianza di quelle realtà operative in cui tali tassonomie sono utilizzate abitualmente nella progettazione dell'assistenza. Come, infatti, notano gli autori Cachon Perez ed i suoi collaboratori (2012) nel loro studio sull'applicazione del linguaggio standardizzato NANDA-I, NOC e NIC nelle Unità di Terapia Intensiva di Madrid (Spagna), le tassonomie NNN permettono agli infermieri di costruire dei piani assistenziali ben organizzati, basati sulla migliore evidenza scientifica, di facile lettura e verifica per il professionista, che complessivamente facilitano l'erogazione dell'assistenza stessa.

1.2 Analisi del problema organizzativo-professionale

1.2.1 Analisi delle manifestazioni

I dati statistici reperiti dal Centro Elaborazione Dati (CED) dell'Azienda Socio Sanitaria ULSS 7 in merito al biennio 2013-2014 evidenziano che la diagnosi "Insufficienza respiratoria" (codice ICD-9: 51881) è la diagnosi medica di ricovero più frequente nell'Unità Operativa di Rianimazione e Terapia Intensiva di Conegliano: nella **Tabella I** si osserva che nel 2013 rappresentava il **14,6%** del totale delle diagnosi di dimissione, nel 2014 il **15,9%** e complessivamente, nel biennio, il **30,5%**.

Tabella I - Diagnosi mediche di dimissione nell'Unità Operativa di Rianimazione e Terapia Intensiva dell'ULSS 7 di Conegliano, anni 2013- 2014.

Anno	Totale diagnosi dimissione	Insufficienza respiratoria (cod.ICD-9: 51881)		Coma (cod.ICD-9: 78001)		Emorragia cerebrale (cod.ICD-9: 431)	
2013	309	45	14,6%	17	5,5%	13	4,2%
2014	227	36	15,9%	16	7,0%	15	6,6%
Totale biennio	536	81	30,5%	33	12,5%	28	10,8%

Inoltre, analizzando i dati delle patologie di ricovero del 2014 (**Tabella II**), si osserva che, su un totale di 478 persone ricoverate, **184** (38,5%) presentano diagnosi di insufficienza respiratoria, quale patologia medica accertata all'ingresso oppure complicanza sviluppatasi nel corso della degenza. Nello specifico dei 184 assistiti considerati, il **56%** sono uomini, il **44%** donne, con età media di **67,2 anni** con un'età compresa tra e 17 ed i 93 anni: questi dati risultano essere nettamente in linea con la letteratura internazionale. Infine, dalla lettura della tabella si evince che la degenza media è di **5,2** giorni e la mortalità è pari al **14,1%**, ossia 26 assistiti sui 184 ricoverati.

Tabella II - Dati epidemiologici della diagnosi medica di insufficienza respiratoria nell'Unità Operativa di Rianimazione e Terapia Intensiva dell'ULSS 7 di Conegliano, anno 2014.

Anno	N. totale persone ricoverate in T.I.		N. totale persone con insufficienza respiratoria		Maschi		Femmine		Età media	Giorni di degenza media	Mortalità	
2014	478	100%	184	38,5%	103	56,0%	81	44,0%	67,2	5,2	26	14,1%

Un'analisi approfondita dei dati epidemiologici evidenzia, inoltre, che l'80,4% delle persone ricoverate in Rianimazione e Terapia Intensiva per problemi di insufficienza respiratoria sono affette da diverse comorbilità; le più frequenti, come si osserva dalla **Figura 1**, sono l'ipertensione arteriosa (46,2%), le aritmie cardiache (15,8%) e l'insufficienza cardiaca (13,6%).

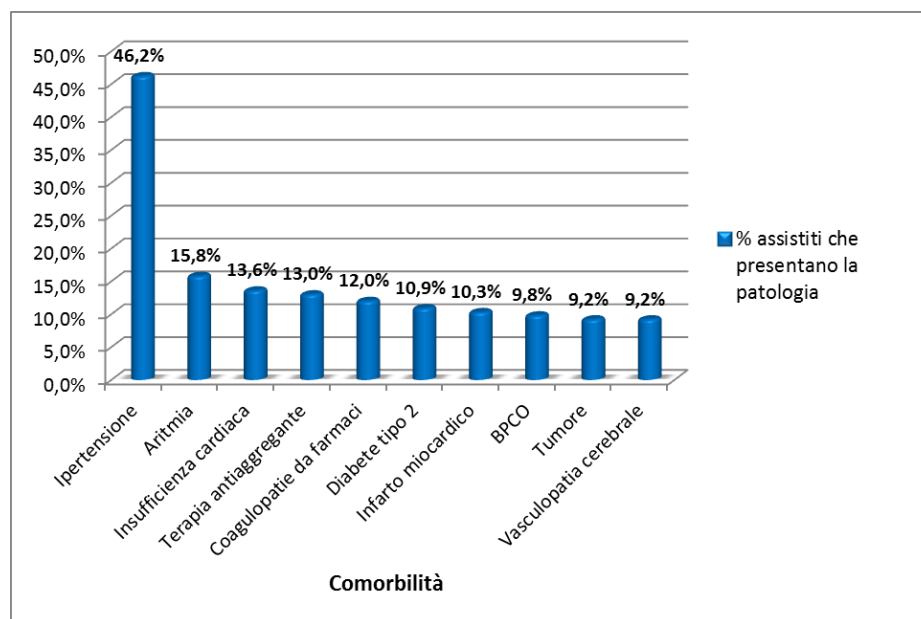


Figura 1 - Distribuzione delle frequenze percentuali delle principali comorbilità correlate all'insufficienza respiratoria nell'Unità Operativa di Rianimazione e Terapia Intensiva dell'ULSS 7 di Conegliano, anno 2014.

Altri dati interessanti in merito al piano di cura e assistenza sono quelli che riguardano la tipologia di interventi e di presidi di supporto maggiormente utilizzati dai professionisti della salute per garantire la sicurezza dell'assistito e la qualità delle loro cure (**Tabella III**). In particolare, si nota che la ventilazione meccanica invasiva è il trattamento medico preferenziale per l'87% degli assistiti, mentre la ventilazione non invasiva rappresenta un piano di cura per il 20,1% delle persone con insufficienza respiratoria; infine, la tracheotomia è utilizzata nel 12,5%.

Tabella III - Presidi e/o trattamenti utilizzati per la gestione dell'insufficienza respiratoria nell'Unità Operativa di Rianimazione e Terapia Intensiva di Conegliano, anno 2014.

PRESIDI E/O TRATTAMENTI	UTILIZZO	
	N	%
Ventilazione invasiva	160	87,0%
Ventilazione non invasiva	37	20,1%
Tracheotomia	23	12,5%
Totale	220	119,6%

In merito al modello organizzativo infermieristico adottato nell'U.O. di Rianimazione e Terapia Intensiva di Conegliano per la presa in cura della persona, si può osservare che il modello assistenziale implementato è quello per settori o moduli e questa analisi mi ha permesso di riflettere su come l'arte del prendersi cura della persona sia focalizzata soprattutto sulla gestione efficace delle situazioni di urgenza ed emergenza, mentre è poco attenta al rispondere ai desideri e ai bisogni della persona nel suo percorso di salute-malattia e di cura nel continuum assistenziale.

Inoltre, si può notare che gli strumenti operativi implementati a supporto dell'assistenza alla persona sono: linee guida aziendali, protocolli e procedure infermieristiche in accordo con le migliori evidenze scientifiche dell'*Evidence Based Nursing* (EBN) e il diario infermieristico inserito all'interno della documentazione medico-clinica.

Quest'ultimo, in particolare, è strutturato in maniera libera, senza un modello infermieristico teorico di riferimento e rappresenta il principale strumento di documentazione dell'attività infermieristica, nel quale il professionista della salute registra principalmente le cure erogate all'utenza e le attività attuate durante il turno di lavoro, utilizzando perlopiù un linguaggio scientifico ma non uno infermieristico standardizzato.

La letteratura internazionale, in merito alla presa in cura olistica della persona da parte dell'infermiere, pone l'accento sulla necessità di un'elevata competenza dell'infermiere professionista nel pianificare e gestire il piano assistenziale dell'utente (Moore, 2007) e sull'esigenza di usare un linguaggio infermieristico standardizzato al fine di garantire la sicurezza e la qualità delle cure erogate (Muller-Staub, Lavin, Needham, & van Achterberg, 2007).

Da queste considerazioni, nasce l'idea di proporre un piano assistenziale infermieristico con il modello teorico di M. Gordon e le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC (NNN), in risposta ai bisogni di salute dell'assistito con insufficienza respiratoria e avente l'obiettivo

di garantire una cura olistica attenta ai risultati di salute per la persona, nonché ai risultati per l'organizzazione e per i professionisti.

1.2.2 Analisi delle cause

Le cause correlate al problema descritto nei paragrafi precedenti sono:

1. adozione di un modello organizzativo assistenziale infermieristico per settori;
2. utilizzo di strumenti operativi che garantiscono la gestione dell'emergenza/urgenza attraverso una sequenza di attività, senza però assicurare una presa in cura globale ed olistica della persona, *caregivers*, famiglia, gruppo e comunità nel post-acuzia;
3. formazione del personale infermieristico attenta a sviluppare soprattutto le competenze tecniche, ma poco interessata ad approfondire le conoscenze in merito al processo di pianificazione assistenziale infermieristico utilizzando un modello teorico di riferimento ed un linguaggio infermieristico standardizzato.

1.2.3 Analisi delle conseguenze

Le conseguenze correlate al problema sono:

1. gestione parcellizzata dell'assistenza più attenta a rispondere ai singoli bisogni della persona piuttosto che avere una visione olistica della stessa e del suo piano di cura;
2. perdita della visione d'insieme della salute dell'assistito, spesso senza enfatizzare le sue risorse personali, familiari e sociali;
3. mancanza di una chiara, condivisa ed uniforme modalità di progettazione ed erogazione dell'assistenza infermieristica;
4. l'assistito e la sua rete di aiuti non hanno un unico referente infermieristico e ciò li porta ad accusare un senso di confusione e poca soddisfazione nell'assistenza ricevuta senza avere chiari i risultati di salute da raggiungere;
5. difficoltà a valutare i risultati di salute progettati e l'efficacia degli interventi effettuati per raggiungerli;
6. demotivazione del personale infermieristico poiché "costretto" ad erogare un'assistenza infermieristica ripetitiva in cui, spesso, viene a mancare la soddisfazione nella valutazione del risultato complessivo raggiunto dalla persona;

7. in assenza dell'uso di un linguaggio infermieristico standardizzato, vi può essere difficoltà nel documentare i problemi di salute della persona, nella comunicazione con altri infermieri, nella misurabilità dell'efficacia degli interventi infermieristici e nella verifica degli *outcomes* attesi e raggiunti dall'assistito;
8. la mancanza di una presa in cura focalizzata ai bisogni dell'assistito non garantisce un'assistenza centrata alla persona quindi di limitata qualità e sicurezza. Tutto ciò, può, quindi, prolungare la durata della degenza ospedaliera e/o costringere l'assistito a nuovi ricoveri ospedalieri, aumentando così non solo i tassi di riospedalizzazione legati alla patologia, ma richiedendo anche un ulteriore impiego di risorse umane e materiali che gravano sui costi della spesa sanitaria aziendale.

1.3 Rilevanza del problema nel contesto e per la professione

La letteratura internazionale e i dati reperiti dal Centro Elaborazione Dati dell'ULSS 7 mettono in luce che l'insufficienza respiratoria è la più comune insufficienza d'organo che interessa la persona nell'ambito medico dell'area critica e la principale causa di ricovero nelle U.O. di Terapia Intensiva a livello mondiale (Linko et al., 2009).

In linea con queste osservazioni, è fondamentale che l'infermiere, in qualità di professionista responsabile dell'assistenza infermieristica della persona, sia in grado di conoscere questa patologia, e sia abile e capace di progettare il suo piano assistenziale al fine di garantirne il benessere, la sicurezza e la qualità delle cure nel continuum del suo percorso di salute-malattia.

2. OBIETTIVI

2.1 Risultati attesi dal progetto in termini di traguardi e/o tendenze da raggiungere rispetto alle variabili/indicatori dei fenomeni/manifestazioni del problema

Il risultato atteso dal progetto di tesi, in linea con i presupposti legislativi che disciplinano l'agire infermieristico - Profilo Professionale D.M. n° 739 del 1994 e Codice Deontologico del 2009 - ed i dati epidemiologici dell'Azienda Socio Sanitaria ULSS 7, è l'adozione di un piano assistenziale infermieristico all'interno dell'U.O. di Rianimazione e Terapia Intensiva di Conegliano.

Gli strumenti necessari per implementare tale progetto sono:

- una scheda di valutazione iniziale globale strutturata secondo gli 11 modelli funzionali di M. Gordon per poter identificare i bisogni di salute della persona;
- la pianificazione assistenziale con l'adozione delle tassonomie NANDA-I, NOC e NIC.

2.2 Eventuale temporizzazione dei risultati attesi rispetto a tappe significative del processo attuativo delle azioni previste

Al fine di introdurre nella realtà organizzativo-assistenziale il progetto proposto, sono previste le seguenti tappe temporali (**Allegato 1**) :

- presentazione del progetto al Direttore dell'U.O. e all'Infermiere Coordinatore nel mese di gennaio 2016;
- valutazione della proposta e approvazione della stessa nei mesi di gennaio e febbraio;
- formazione del personale infermieristico nei mesi di marzo e aprile;
- sperimentazione operativa da maggio a dicembre;
- riunioni con il personale infermieristico e con gli altri professionisti della salute dell'U.O. per diffondere, condividere e discutere eventuali criticità emerse dall'implementazione del piano assistenziale infermieristico;
- monitoraggio del progetto con scadenza mensile dall'inizio della sperimentazione, per rilevare punti di forza e punti di debolezza da presidiare;
- verifica continua e semestrale.

3. STRATEGIE/INTERVENTI

3.1 Alternative d'azione/intervento esplorate, direttamente mirate agli obiettivi

Tra le alternative di intervento esplorate mirate agli obiettivi, vi sono:

1. elaborazione di linee guida, procedure, protocolli ed algoritmi per l'assistenza della persona con insufficienza respiratoria;
2. implementazione di un piano assistenziale infermieristico utilizzando una scheda di valutazione globale e le tassonomie NNN;
3. elaborazione di percorsi assistenziali o PDTA.

3.2 Costi e benefici delle alternative esplorate

L'analisi delle tre diverse alternative d'azione evidenzia che:

- la numero 1 ha un costo minimo per l'organizzazione in quanto richiede di implementare un lavoro prodotto da altri professionisti, in linea con le evidenze scientifiche ma che non garantisce un'assistenza personalizzata;
- la numero 2 permette la personalizzazione in maniera olistica dell'assistenza, favorisce la formazione e la crescita professionale, nonché un utilizzo consapevole e razionale delle risorse;
- la numero 3 è una scelta in linea con la prima alternativa e generalmente si implementa dopo che si è progettato e pianificato un piano assistenziale che definisce degli obiettivi standardizzati per una casistica specifica.

3.3 Alternativa scelta

L'alternativa scelta è la numero 2, ossia quella che prevede l'implementazione nell'Unità di Terapia Intensiva di **un piano assistenziale infermieristico per la persona con insufficienza respiratoria, strutturata con una scheda di valutazione globale basata sul modello teorico di Gordon e le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC** in un'ottica di innovazione, miglioramento e personalizzazione dell'assistenza infermieristica.

3.4 Interventi di supporto (formazione, investimenti, cambiamenti organizzativi)

Gli infermieri, come professionisti della salute, sono coinvolti in primis nel processo di

innovazione e miglioramento proposto dalla scelta sopracitata, poiché responsabili dell'assistenza infermieristica generale, dell'identificazione dei bisogni di salute della persona, della formulazione dei relativi obiettivi di salute, della pianificazione, della gestione e della valutazione degli interventi.

In particolare, per strutturare un piano assistenziale infermieristico con la scheda di valutazione globale e le tassonomie NNN, sono necessari:

- un cambiamento nella gestione del tempo dedicato alla presa in cura della persona;
- un cambiamento motivazionale degli infermieri: atteggiamenti propositivi, innovativi attenti alla condivisione, alla progettazione di un'assistenza olistica;
- un cambiamento di tipo organizzativo: gli infermieri devono condividere un piano assistenziale scritto e collaborare con le scelte fatte da altri colleghi professionisti. Qualora la sperimentazione della scheda di valutazione globale e del piano assistenziale risultino risposte efficaci ed efficienti per l'U.O. e migliorino così la presa in cura degli assistiti, gli indicatori e le tempistiche assistenziali, è auspicabile progettare e programmare una formazione specifica del personale infermieristico; questo con il fine di incentivare e supportare la pianificazione personalizzata con le tassonomie NNN e, quindi, favorire lo sviluppo di piani assistenziali relativi anche ad altre patologie mediche rilevanti per l'U.O. stessa.

Infine, in un'ottica di multidisciplinarietà, l'infermiere, nell'implementare ed attuare il piano assistenziale, può coinvolgere altri professionisti della salute.

3.5 Articolazione in fasi fondamentali dell'azione progettuale

L'azione progettuale si è articolata secondo un percorso scandito da diverse fasi.

Nella prima fase, è stata condotta un'analisi epidemiologica delle principali diagnosi mediche di ricovero dell'U.O. di Rianimazione e Terapia Intensiva nel biennio 2013-2014 previa approvazione dell'Azienda per l'utilizzo dei dati, al fine di poter determinare la patologia medica a maggior impatto e frequenza.

Nella seconda fase, è stata eseguita una revisione della letteratura nelle principali banche dati internazionali CINAHL, PubMed, Cochrane Library e Scopus; nelle riviste e nei siti di associazioni inerenti l'ambito di anestesia e rianimazione per approfondire il quadro fisiopatologico dell'insufficienza respiratoria, le problematiche assistenziali correlate e la

loro gestione infermieristica con l'utilizzo del linguaggio infermieristico standardizzato NNN.

Sono stati reperiti 75 articoli totali, pubblicati in lingua inglese dal 2000 al 2015, utilizzando le parole chiave: *respiratory insufficiency* [Mesh], *respiratory failure*, *nursing diagnoses*, NANDA, *nursing outcomes*, NOC, *nursing interventions*, NIC; di questi ne sono stati selezionati 11 in quanto pertinenti al focus della tesi (**Allegato 2**).

Nella terza fase, è stata progettata una **scheda di valutazione iniziale globale** strutturata con gli 11 modelli funzionali di M. Gordon (**Allegato 3**) con l'obiettivo di raccogliere i dati inerenti lo stato di salute dell'assistito, evidenziare le sue risposte ai problemi di salute ed individuare le eventuali risorse personali e sociali da attivare.

Nello specifico, la scheda di valutazione globale è composta di 3 parti distinte:

- la I comprende i dati generali dell'assistito (età, sesso, diagnosi medica, eventuali farmaci assunti abitualmente e comorbidità);
- la II è parte dedicata all'ascolto della persona con sospensione del giudizio, ossia la fase della narrazione, momento nel quale l'infermiere crea una relazione di aiuto con l'assistito con il desiderio di coglierne i punti di forza, le potenzialità, le criticità e le debolezze al fine di creare insieme a lui un piano assistenziale personalizzato (Fawcett & Rhynas, 2012);
- La III sezione è articolata con gli 11 modelli funzionali di M. Gordon, che, come afferma Herdman (2015), è il modello teorico scelto al fine di orientare *“gli infermieri nella raccolta della storia di vita della persona, nell'effettuazione dell'esame fisico e che fornisce loro una struttura per organizzare le informazioni raccolte.”* In effetti, il modello teorico di M. Gordon permette una presa in cura olistica della persona e dunque, un'efficiente ed efficace integrazione dei dati per la valutazione iniziale infermieristica in grado così di facilitare la fase successiva di identificazione delle diagnosi infermieristiche (Fernandez-Sola et al., 2012).

La scheda di valutazione globale dell'assistito permette così all'infermiere di descrivere lo stato di salute della persona nella sua **dimensione**:

- **fisiologica**, all'interno dei modelli funzionali **1, 2, 3, 4, 5 e 9**;
- **psicologica e sociale**, all'interno dei modelli funzionali **6, 7, 8, 10 e 11**.

Inoltre, in linea con l'obiettivo di creare uno strumento specifico che permette di leggere e descrivere i problemi di salute correlati alla funzione respiratoria, all'interno del **“Modello**

funzionale numero 4: attività ed esercizio fisico”, sono stati strutturati degli *items* specifici con indicatori clinici predittivi per la disfunzionalità respiratoria.

Questa valutazione mirata permette all’infermiere di enunciare con competenza, autorevolezza e pensiero critico le diagnosi infermieristiche inerenti al modello funzionale preso in considerazione, così come di valutare i cambiamenti dei livelli di acuità e di gravità della disfunzione respiratoria dell’assistito monitorandone gli indicatori clinici con oggettività e rigore.

Infine, è bene ricordare che l’obiettivo prioritario dell’équipe dei professionisti della salute in Unità di Terapia Intensiva è quello di stabilizzare le vie aeree e consentire la pervietà delle stesse così da evitare le complicanze legate all’insufficienza respiratoria (Della Corte, Olliveri & Enrichens, 2002); infatti, la letteratura internazionale sottolinea il quadro di grave instabilità per le persone con questa patologia (Chiaranda, 2012) e mette in luce che, una volta che si è gestita l’urgenza e stabilizzato l’assistito, l’infermiere deve prendersi cura della persona, progettando un piano assistenziale strutturato con una valutazione globale iniziale (Gordon, 2009) e con un esame obiettivo per la raccolta dei dati inerenti i suoi bisogni di salute (Baid, 2006).

Nella quarta fase, è stato realizzato un *database* elettronico con Microsoft Excel® per la tabulazione dei dati raccolti con la scheda di valutazione globale. Questa “banca dati” in formato elettronico rappresenta un primo passo per lo sviluppo futuro di una cartella infermieristica elettronica articolata con gli 11 modelli funzionali di M. Gordon e le tassonomie NNN.

Nella quinta ed ultima fase, è stato progettato, in linea con le evidenze scientifiche della letteratura internazionale, un piano assistenziale infermieristico con le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC (**Allegato 4**).

L’analisi critica della letteratura in merito alla pianificazione infermieristica per le persone con problemi di salute correlati all’insufficienza respiratoria evidenzia che, le diagnosi infermieristiche **NANDA-I** più frequenti sono:

- **Scambi gassosi compromessi** (cod. NANDA- I **00030**),
- **Modello di respirazione inefficace** (**00032**),
- **Ventilazione spontanea compromessa** (**00033**),
- **Liberazione delle vie aeree inefficace** (**00031**).

Inoltre, gli studi reperiti sottolineano che, a volte, nel soggetto con ventilazione artificiale meccanica (VAM) - intervento medico indispensabile e più efficace per trattare l'alterazione respiratoria nel 75% dei casi (Della Corte et al., 2002) - la diagnosi infermieristica che risponde ai suoi bisogni di salute è:

- **Risposta allo svezzamento dal ventilatore disfunzionale (00034)**,

la quale, secondo l'articolo di Polverino et al. (2010), ha più probabilità di non verificarsi nel soggetto se si riduce la durata del periodo di supporto ventilatorio e la sedazione.

In merito ai risultati di salute attesi, invece, gli autori Johnson e collaboratori (2014), e, Gulanick e Myers (2014) identificano come **NOC** prioritario:

- **Stato respiratorio** (cod. NOC **0415**).

Inoltre, la letteratura internazionale sottolinea, come si può osservare nella **Tabella IV**, i collegamenti o *linkages*, più frequenti tra le diagnosi infermieristiche NANDA-I ed i risultati di salute NOC.

Nello specifico, la correlazione riscontrata è:

- Diagnosi NANDA-I “Scambi gassosi compromessi (00030)” con il NOC “Stato respiratorio: scambi gassosi (0402)”;
- Diagnosi NANDA-I “Modello di respirazione inefficace (00032)” e “Ventilazione spontanea compromessa (00033)” con il NOC “Stato respiratorio: ventilazione (0403)”;
- Diagnosi NANDA-I “Liberazione delle vie aeree inefficace (00031)” con il NOC più specifico “Stato respiratorio: pervietà delle vie aeree (0410)”.

Tabella IV – Diagnosi infermieristiche NANDA-I e risultato di salute NOC associato con maggior frequenza secondo letteratura.

DIAGNOSI INFERMIERISTICHE NANDA-I	NOC ASSOCIATO
Scambi gassosi compromessi (00030)	Stato respiratorio: scambi gassosi (0402)
Modello di respirazione inefficace (00032)	Stato respiratorio: ventilazione (0403)
Ventilazione spontanea compromessa (00033)	
Liberazione delle vie aeree inefficace (00031)	Stato respiratorio: pervietà delle vie aeree (0410)

Oltre al NOC prioritario “Stato respiratorio (0415)”, gli autori Dolák e Tóthová (2014) e do Canto e Almeida (2013) individuano anche il NOC “**Parametri vitali (0802)**” come risultato di salute specifico per la persona con problemi di insufficienza respiratoria.

A questi *outcomes*, Marelich e i suoi collaboratori (2000) e Fan et al. (2015) aggiungono anche i NOC specifici per l'assistito intubato con ventilazione meccanica:

- **Risposta alla ventilazione meccanica: adulto (0411),**
- **Risposta allo svezzamento dal ventilatore meccanico: adulto (0412).**

Infine, in merito ai NIC più frequenti e funzionali al raggiungimento dei risultati di salute della persona sopraindicati, la letteratura propone:

- **Vie aeree: gestione (cod. NIC 3140),**
- **Gestione di vie aeree artificiali (3180),**
- **Monitoraggio respiratorio (3350),**
- **Gestione della ventilazione meccanica: invasiva (3300),**
- **Controllo delle infezioni (6540).**

L'autore Subirana (2004) propone delle linee guida per prevenire la polmonite associata alla ventilazione (VAP) e favorire la ripresa della ventilazione spontanea nella persona intubata. Precisamente, egli suggerisce che gli infermieri aderiscano alle raccomandazioni del *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) di Atlanta per limitare la trasmissione di patogeni relativa all'assistenza - NIC "Controllo delle infezioni (6540)" - oltre ad attuare interventi che facilitino lo svezzamento tempestivo della persona dal ventilatore meccanico - NIC "Svezzamento dal ventilatore meccanico (3310)" - così da non incorrere nella diagnosi infermieristica "Risposta allo svezzamento dal ventilatore disfunzionale (00034)".

Infine, l'autore Johnson et al. (2014) nel suo libro dedicato ai collegamenti NANDA-I con NOC e NIC, propone alcuni interventi NIC utili per prevenire le complicanze connesse alla ventilazione ed ai presidi usati e per monitorare lo stato respiratorio della persona assistita:

- *Posizionamento (0840),*
- *Monitoraggio dell'equilibrio acido-base (1920),*
- *Vie aeree: aspirazione (3160),*
- *Gestione della ventilazione meccanica: prevenzione della polmonite (3304).*

4. FATTIBILITÀ DEL PROGETTO

La pianificazione e la gestione dell'assistenza infermieristica con nuovi strumenti operativi comporta una riprogettazione delle modalità di approccio ed erogazione della presa in cura dell'utenza e dell'organizzazione delle risorse per assisterla.

Innanzitutto, è fondamentale che i professionisti conoscano il piano di assistenza infermieristica e la conseguente scheda di valutazione globale proposti e li utilizzino con pensiero critico e consapevolezza; in secondo luogo, devono essere in grado di adattarli ai bisogni di salute e alle caratteristiche specifiche delle persone ricoverate con problemi correlati all'insufficienza respiratoria; infine, devono integrarli con le linee guida, i protocolli, le procedure già in uso all'interno dell'U.O.

Tutte queste azioni sono in linea con l'obiettivo di implementare un sistema organizzativo-assistenziale lineare e chiaro che possa garantire il raggiungimento di risultati pianificati evitando un utilizzo improprio delle risorse disponibili.

4.1 Fabbisogno di risorse aggiuntive/risparmi di risorse rispetto alla situazione di partenza

Il progetto di adozione di un piano assistenziale infermieristico con modello teorico di Gordon e le tassonomie NNN richiede:

- riorganizzazione ed adattabilità del piano assistenziale infermieristico proposto agli altri strumenti operativi (protocolli, procedure infermieristiche) attualmente in uso nell'unità operativa;
- formazione di tutti i professionisti della salute coinvolti nel percorso di cura ma soprattutto degli infermieri, quali erogatori dell'assistenza infermieristica;
- riorganizzazione del modello infermieristico, eliminando azioni non efficaci o ridondanti ed attuandone di nuove e congruenti con il raggiungimento degli obiettivi di salute della persona.

4.2 Eventuali ostacoli collegati con la disponibilità/attivabilità delle risorse aggiuntive

Il progetto proposto, in una logica di realizzabilità, deve tener presente le possibili criticità legate alle numerose variabili del sistema salute, nonché deve pensare ad azioni di

contrasto che possano superare i possibili ostacoli che si frappongono nel percorso di implementazione.

4.3 Azioni di contrasto agli ostacoli previsti

Nello specifico, gli ostacoli previsti e le azioni di contrasto sono descritti nella **Tabella V**, di seguito riportata, e da cui si può notare che gli ostacoli principali previsti sono 4 e si legano soprattutto alle dinamiche lavorative presenti all'interno dell'U.O.

Tabella V - Ostacoli previsti ed azioni di contrasto.

4.2 OSTACOLI PREVISTI	4.3 AZIONI DI CONTRASTO
<p>Adattabilità del piano assistenziale ad altri strumenti operativi (protocolli, procedure infermieristiche, linee guida, ecc.) attualmente in uso nell'unità operativa.</p>	<p>Il piano assistenziale proposto per essere applicabile e specifico della Terapia Intensiva dell'ULSS 7, prima della fase di sperimentazione operativa, deve essere adattato anche agli strumenti operativi già presenti, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - procedura aziendale per la prevenzione delle polmoniti nosocomiali; - procedura aziendale per l'igiene del cavo orale in utenti intubati o tracheostomizzati; - procedura aziendale per la broncoaspirazione; - protocollo per la gestione dei filtri e circuiti respiratori.
<p>Resistenza all'implementazione ed uso degli strumenti proposti da parte del personale infermieristico.</p>	<p>Motivare il gruppo infermieristico al cambiamento, al miglioramento in una prospettiva di maggiore qualità assistenziale, di autorevolezza e responsabilità professionale oltre che ad una crescita della soddisfazione personale.</p>
<p>Limitata conoscenza delle tassonomie NANDA-I, NOC e NIC usate nel piano assistenziale da parte del personale infermieristico.</p>	<p>Formazione del personale, incentivando quella sul campo, lo studio in gruppo e lo studio personale.</p>
<p>Adattabilità degli infermieri al piano assistenziale proposto e mancata o limitata personalizzazione dell'assistenza.</p>	<p>Questo ostacolo è ovviato dal fatto che il piano assistenziale integra già al suo interno la personalizzazione del processo infermieristico in quanto prevede diverse diagnosi infermieristiche NANDA-I, NOC, NIC ed attività connesse.</p>

5. MODALITÀ DI CONTROLLO DEL PROCESSO ATTUATIVO

5.1 Indicatori di verifica/valutazione

La validità dello strumento operativo proposto verrà valutata in fase di sperimentazione, in maniera periodica ad intervalli continui e di circa 6 mesi attraverso indagini di qualità percepita, audit su documentazione clinica, verbali di riunioni, indagini conoscitive (su comportamenti, clima organizzativo, fabbisogno formativo), sistemi di monitoraggio e sorveglianza.

Tra gli indicatori di verifica si possono elencare:

- gli utenti e le famiglie seguiti segnalano una qualità percepita positiva;
- raggiungimento degli indicatori di esito e dei risultati di salute in tempi minori;
- gli infermieri segnalano una qualità percepita maggiore nella registrazione delle informazioni cliniche della persona e nella verifica del suo piano assistenziale;
- il piano assistenziale facilita il continuum assistenziale dell'utente, agevolando anche una chiara comunicazione fra professionisti della salute diversi;
- l'80% dei professionisti della salute partecipa alla formazione nei tempi previsti dal programma;
- entro un anno dall'implementazione dello strumento operativo, esso è adattato e specifico per le caratteristiche dell'utenza e le esigenze dell'U.O.

5.1.1 Risultati attesi

1. Efficace ed appropriata presa in cura della persona con insufficienza respiratoria e dei suoi familiari/caregivers;
2. approfondita conoscenza della salute globale della persona, dei suoi punti di forza, delle sue risorse familiari e sociali;
3. semplificazione della raccolta delle informazioni cliniche della persona che permetta di leggere ed individuare facilmente i suoi bisogni e risultati di salute, nonché semplifichi la capacità di *problem-solving* dell'infermiere in condizioni di criticità clinica;
4. promozione di una metodologia di progettazione ed erogazione dell'assistenza infermieristica centrata sulla persona e la sua domanda di salute;

5. uso razionale e ottimizzato delle risorse umane e materiali impiegati nel processo di assistenza;
6. facile verifica e valutazione dell'assistenza erogata dal professionista;
7. promozione della responsabilità professionale;
8. promozione del lavoro multidisciplinare in équipe e della comunicazione fra professionisti;
9. maggiore soddisfazione del professionista che pianifica l'assistenza alla persona.

5.1.2 Attività svolte (avanzamento)

La fase di implementazione e sperimentazione operativa del piano di assistenza infermieristico con modello di Gordon e tassonomie NNN è la più critica poiché in essa, è valutata la validità ed utilità dello strumento proposto.

Ciò che si auspica è che gli infermieri, ogniqualvolta una persona acceda nell'U.O. di Rianimazione e Terapia Intensiva di Conegliano con diagnosi di insufficienza respiratoria, applichino il piano assistenziale quindi, a seconda dell'urgenza, gestiscano l'assistenza alla persona eseguendone una valutazione iniziale globale e poi accertando i suoi bisogni di salute; così da garantirle una presa in cura ed un continuum assistenziale sicuri e di qualità.

5.1.3 Consumi di risorse

Le figure coinvolte nel processo di miglioramento, come sopracitato, sono tutti gli infermieri professionisti dell'U.O. di Terapia Intensiva.

Si prevede un consumo di risorse legato principalmente: alla formazione del personale infermieristico, alla sperimentazione del progetto, al monitoraggio continuo, alle riunioni di verifica mensili e semestrali e alla socializzazione del progetto.

5.2 Modalità e tempi della verifica/valutazione

L'implementazione dello strumento proposto richiede tempo ed impegno di tutti gli infermieri dell'Unità Operativa di Rianimazione e Terapia Intensiva di Conegliano.

Nel diagramma di Gantt (**Allegato 1**), si può osservare che la modalità e le tempistiche previste per l'implementazione della proposta progettuale hanno inizio nel mese di Gennaio 2016, nel quale si prevede la valutazione dell'audit clinico al fine di stabilire la situazione iniziale all'interno dell'U.O., considerandone l'analisi organizzativa, la qualità

assistenziale percepita, il numero di ricoveri, la tipologia di utenza, i giorni di degenza, le complicanze di maggior riscontro ed il livello di formazione del personale.

Quindi, si presenta il progetto di implementazione del piano assistenziale infermieristico alla Direzione Sanitaria ed al Servizio per le Professioni sanitarie dell'Azienda ULSS 7 e, dal momento dell'approvazione ufficiale, si procede alla sperimentazione con la fase della formazione del personale infermieristico. Una volta formati, i professionisti della salute implementano il piano assistenziale nella pratica clinica con la supervisione dell'Infermiere Coordinatore, il quale ha la responsabilità, inoltre, di organizzare riunioni per la condivisione delle progetto, dei punti di forza e quelli da presidiare, così da permettere la crescita del gruppo di lavoro in un clima assertivo e propositivo.

5.3 Implicazioni di sistema informativo e relative soluzioni

Lo strumento proposto in questo progetto di tesi ha l'obiettivo di facilitare l'infermiere di area critica nella lettura e valutazione dei bisogni di salute dell'assistito attraverso la pronta identificazione delle sue diagnosi infermieristiche, risultati di salute ed interventi da attuare. Nel complesso, si può affermare che tale implementazione ha come conseguenze: una migliore conoscenza dei bisogni di assistenza ed obiettivi da raggiungere dell'assistito; permette una maggiore autonomia, responsabilità e soddisfazione nell'assistenza infermieristica che eroga il professionista; ed infine, garantisce all'unità operativa e all'azienda socio sanitaria coinvolta un maggior controllo delle risorse umane e materiali implicate nell'assistenza dell'utente quindi un contenimento dei costi.

È bene ricordare che la disciplina infermieristica si fonda su una base di conoscenze teoriche, che comprende le teorie infermieristiche e sulla clinica, l'arte del prendersi cura della persona al letto dell'assistito. Ad unire questi due fondamenti vi è il processo di assistenza infermieristica, metodo con il quale l'infermiere esperisce le sue conoscenze teoriche, la capacità di *problem-solving* a servizio della persona utilizzando un linguaggio infermieristico standardizzato che gli permette di descrivere in maniera oggettivabile il suo agire professionale.

È necessario, dunque, che i professionisti riconoscano il valore intrinseco della pianificazione, che abbiano chiara consapevolezza che la disciplina infermieristica è una scienza, un'arte al servizio delle persone e per le persone che va coltivata con cura e costanza.

BIBLIOGRAFIA

Alves Dos Santos, N., Frota Cavalcante, T., de Oliveira Lopes, M. V., Bezerra Gomes, E., & de Oliveira, C. J. (2015). Profile of nursing diagnoses in patients with respiratory disorders. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 33(1), 112-118. doi:10.1590/S0120-53072015000100013 [doi]

Baid, H. (2006). The process of conducting a physical assessment: A nursing perspective. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 15(13), 710-714. doi:10.12968/bjon.2006.15.13.21482 [doi]

Brokel, J. M. (2015). Prefazione. In Herdman, T. H., & Kamitsuru, S., *Nanda International Diagnosi Infermieristiche: definizioni e classificazione 2015-2017(pp. XXI-XXIV)*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana – CEA.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2014). *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana – CEA.

Cachon Perez, J. M., Alvarez-Lopez, C., & Palacios-Cena, D. (2012). The meaning of standardized language NANDA-NIC-NOC intensive care nurses in madrid: A phenomenological approach. [El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrilenas: abordaje fenomenologico] *Enfermeria Intensiva / Sociedad Espanola De Enfermeria Intensiva y Unidades Coronarias*, 23(2), 68-76. doi:10.1016/j.enfi.2011.12.001 [doi]

Chan, F. W., Wong, F. Y., Yam, C. H., Cheung, W. L., Wong, E. L., Leung, M. C., . . . Yeoh, E. K. (2011). Risk factors of hospitalization and readmission of patients with COPD in hong kong population: Analysis of hospital admission records. *BMC Health Services Research*, 11, 186-6963-11-186. doi:10.1186/1472-6963-11-186 [doi]

Chiaranda, M. (2012). *URGENZE ED EMERGENZE Istituzioni*. Padova: Piccin.

D.M. 14 settembre 1994, n.739. Disponibile in: http://www.gazzettaufficiale.it/gazzetta/serie_generale/caricaDettaglio?dataPubblicazioneGazzetta=1995-01-09&numeroGazzetta=6 [27 agosto 2015].

Della Corte, F., Olliveri, F., & Enrichens, F. (2002). *Manuale di medicina d'emergenza*. (IV ed.). Milano: McGraw Hill.

do Canto, D. F., & Almeida Mde, A. (2013). Nursing outcomes for ineffective breathing patterns and impaired spontaneous ventilation in intensive care. [Resultados de enfermagem para padrao respiratorio ineficaz e ventilacao espontanea prejudicada em terapia intensiva] *Revista Gaucha De Enfermagem / EENFUFGRS*, 34(4), 137-145.

Dolák, F., & Tóthová, V. (2014). Priority interventions from the NIC and expected results from the NOC in patients with a nursing diagnosis of ineffective breathing pattern. *Kontakt*, 16(2), e79-e86. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.04.001>

EUROSTAT. (2010). *Tavole dei dati: cause di morte in Europa, anno 2010*. Disponibile in: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics/it [17 luglio 2015].

Fan, L., Su, Y., Elmadhoun, O. A., Zhang, Y., Zhang, Y., Gao, D., . . . Chen, W. (2015). Protocol-directed weaning from mechanical ventilation in neurological patients: A randomised controlled trial and subgroup analyses based on consciousness. *Neurological Research*, , 1743132815Y0000000092. doi:10.1179/1743132815Y.0000000092 [doi]

Fawcett, T., & Rhynas, S. (2012). Taking a patient history: The role of the nurse. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 26(24), 41-6; quiz 48. doi:10.7748/ns2012.02.26.24.41.c8946 [doi]

Fernandez-Sola, C., Granero-Molina, J., Mollinedo-Mallea, J., de Gonzales, M. H., Aguilera-Manrique, G., & Ponce, M. L. (2012). Development and validation of an instrument for initial nursing assessment. [Desarrollo y validacion de un instrumento para la evaluacion inicial de enfermeira] *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 46(6), 1415-1422. doi:S0080-62342012000600019 [pii]

Garcia-Aymerich, J., Farrero, E., Felez, M. A., Izquierdo, J., Marrades, R. M., Anto, J. M., & Estudi del Factors de Risc d'Aguditzacio de la MPOC investigators. (2003). Risk factors of readmission to hospital for a COPD exacerbation: A prospective study. *Thorax*, 58(2), 100-105.

Gordon, M. (2009). *Diagnosi infermieristiche: processo e applicazioni*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana – CEA.

Gulanick, M., & Myers, J. L. (2014). *Nursing Care Plans. Diagnoses, Interventions, and Outcomes*. (8th ed.). Stati Uniti d'America, USA: ELSEVIER.

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015). *Nanda International Diagnosi Infermieristiche: definizioni e classificazione 2015-2017*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana – CEA.

IPASVI. (2009). *Codice deontologico dell'infermiere*. Disponibile in: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm> [27 agosto 2015].

ISTAT. (2012). *Tavola dei dati: cause di morte in Italia*. Disponibile in: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_MALCRON&Lang=it [17 luglio 2015].

Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M., & Swanson, E. (2014). *Collegamenti NANDA-I con NOC e NIC*. (II ed.). Milano: Casa Editrice Ambrosiana - CEA.

Linko, R., Okkonen, M., Pettila, V., Perttila, J., Parviainen, I., Ruokonen, E., . . . FINNALI-study group. (2009). Acute respiratory failure in intensive care units. FINNALI:

A prospective cohort study. *Intensive Care Medicine*, 35(8), 1352-1361. doi:10.1007/s00134-009-1519-z [doi]

Marellich, G. P., Murin, S., Battistella, F., Inciardi, J., Vierra, T., & Roby, M. (2000). Protocol weaning of mechanical ventilation in medical and surgical patients by respiratory care practitioners and nurses: Effect on weaning time and incidence of ventilator-associated pneumonia. *Chest*, 118(2), 459-467.

Moore, T. (2007). Respiratory assessment in adults. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 21(49), 48-56; quiz 58. doi:10.7748/ns2007.08.21.49.48.c4605 [doi]

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). *Classificazione NOC dei risultati infermieristici. Misurazione dei risultati di salute*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana – CEA.

Muller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I., & van Achterberg, T. (2007). Nursing diagnoses, interventions and outcomes--application and impact on nursing practice: A systematic literature review. [Pflege-diagnosen, -interventionen und -ergebnisse--Anwendung und Auswirkungen auf die Pflegepraxis: eine systematische Literaturübersicht] *Pflege*, 20(6), 352-371. doi:10.1024/1012-5302.20.6.352 [doi]

Polverino, E., Nava, S., Ferrer, M., Ceriana, P., Clini, E., Spada, E., . . . Vitacca, M. (2010). Patients' characterization, hospital course and clinical outcomes in five Italian respiratory intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 36(1), 137-142. doi:10.1007/s00134-009-1658-2 [doi]

Regione del Veneto. (2012). *BUR n.53 del 06/07/2012, Piano socio-sanitario 2012-2016*. Disponibile in: <http://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=241095> [25 agosto 2015].

Regione del Veneto. (2015). *BUR n.24 del 13/03/2015*. Disponibile in: <http://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/SommarioSingoloBur.aspx?num=24&date=13/03/2015> [25 agosto 2015].

Roussos, C., & Koutsoukou, A. (2003). Respiratory failure. *The European Respiratory Journal. Supplement*, 47, 3s-14s.

Subirana, M. (2004). Which nursing issues need a European guideline: Proposal for respiratory management. *Intensive & Critical Care Nursing : The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 20(3), 144-152. doi:10.1016/j.iccn.2004.02.004 [doi]

ALLEGATI

Allegato 2.

Tabella riassuntiva degli articoli selezionati.

N°	AUTORE/I	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
1	Alves dos Santos N., Frota Cavalcante T., de Oliveira Lopes M. V., Bezerra Gomes E., de Olivera C. J.	2015	<i>Profile of nursing diagnoses in patients with respiratory disorders</i>	Identificare il profilo delle diagnosi infermieristiche nelle persone con problemi respiratori.	Studio trasversale descrittivo	Due ospedali del nord est del Brasile specializzati nel trattamento delle patologie del sistema respiratorio.	38 persone, ricoverate da agosto ad ottobre 2012.	L'elaborazione dei dati raccolti ha indicato 36 diagnosi infermieristiche totali riferibili al dominio di attività/riposo (36,1%), di sicurezza/protezione (19,4%), nutrizione (13,8%) e percezione/cognizione (8,3%) . Di queste, 8 sono le più frequenti, ossia: rischio di infezione (97,3%), dolore acuto (68,4%), conoscenze insufficienti (68,4%), stile di vita sedentario (65,7%), liberazione delle vie aeree inefficace (65,7%) , disponibilità a migliorare l'autogestione della	La conoscenza delle diagnosi infermieristiche più frequenti nelle persone con problemi respiratori è importante per gli infermieri in quanto permette loro di scegliere interventi infermieristici mirati ai problemi di salute dell'utenza.	La formulazione di piani di assistenza infermieristica è utile agli infermieri per fornire un'assistenza di qualità con la scelta guidata di interventi mirati al raggiungimento di risultati concreti. L'uso di una tassonomia e di un linguaggio standardizzato permette di erogare assistenza in modo sistematico, dinamico ed ordinato promuovendo la visione olistica e la sicurezza della persona presa in cura.

N°	AUTORE/I	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
								salute (63,1%), intolleranza all'attività (52,6%), disturbato modello di sonno (50,0%). Per quanto riguarda la diagnosi infermieristica " Liberazione delle vie aeree inefficace ", la caratteristica definente " suoni respiratori avventizi " è stata ritrovata nel 77, 5% .		
2	Dolák F., Tóthová V.	2014	<i>Priority interventions from the NIC and expected results from the NOC in patients with a nursing diagnosis of Ineffective breathing pattern</i>	Validare i NIC e i NOC prioritari negli assistiti con diagnosi infermieristica a "Modello di respirazione inefficace".	Studio trasversale	Terapia Intensiva di un ospedale della Repubblica Ceca.	20 infermieri professionisti con esperienza nell'area critica.	Dallo studio emerge che gli infermieri in riferimento alla diagnosi infermieristica "Modello di respirazione inefficace" usano maggiormente 4 NIC: monitoraggio respiratorio 3350, promozione della respirazione 3390, fisioterapia respiratoria 3230, vie aeree: gestione 3140 . I risultati di salute NOC più	I risultati emersi dallo studio sono il risultato di una limitata autonomia degli infermieri nel contesto in cui si è svolto lo studio e di una mancanza di risorse e tecnologie mediche (come i ventilatori).	Identificare interventi e risultati principali provvede alla realizzazione di piani assistenziali infermieristici standardizzati per una patologia.

N°	AUTORE/I	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
								frequenti sono: stato respiratorio 0415, parametri vitali 0802, stato respiratorio: pervietà delle vie aeree 0410, stato respiratorio: ventilazione 0403, stato respiratorio: scambi gassosi 0402.		
3	De Fátima Lucena A., de Barros A. L.	2006	<i>Nursing Diagnoses in a Brazilian Intensive Care Unit</i>	Identificare le diagnosi infermieristiche più frequenti in Terapia Intensiva.	Studio trasversale descrittivo	Terapia Intensiva dell'ospedale di Porto Alegre in Brasile.	Tutte le persone ammesse (per un totale di 991 assistiti) nella Terapia Intensiva per un periodo di sei mesi.	Nel complesso, sono state individuate 16 diagnosi infermieristiche principali di cui le più frequenti sono: deficit della cura di sé (98.1%), rischio di infezione (95.9%), mobilità compromessa (59.3%), modello di respirazione inefficace (49.8%), ventilazione spontanea compromessa (43.1%) , rischio di integrità cutanea compromessa (40.7%). La varietà di tali diagnosi è giustificata anche dalle caratteristiche	Le diagnosi infermieristiche riguardanti la funzione respiratoria della persona ricoverata in T.I. sono state ritrovate negli assistiti che all'ingresso o durante la degenza hanno sviluppato insufficienza respiratoria secondaria a traumi, broncospasmo, danni neurologici, dolore, infezioni delle vie aeree, eccessive secrezioni, effetti collaterali di farmaci, ansia, dolore.	L'identificazione delle diagnosi infermieristiche più comuni aiuta gli infermieri nella scelta di risultati di salute ed interventi infermieristici più specifici ed accurati al bisogno di salute identificato, così da migliorare l'efficacia e la qualità delle cure erogate.

N°	AUTORE/I	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
								del campione formato da assistiti con diverse diagnosi mediche quindi con caratteristiche differenti.		
4	De Fátima Lucena A., de Gutiérrez M. G., Echer I. C., de Barros A. L.	2010	<i>Nursing Interventions in the Clinical Practice of an Intensive Care Unit</i>	Identificare gli interventi infermieristici NIC più usati in Terapia Intensiva.	Studio trasversale osservazionale	Terapia intensiva dell'ospedale di Porto Alegre in Brasile.	991 assistiti, per un periodo di osservazione di sei mesi.	Dallo studio emerge che sono stati identificati 57 NIC totali. Tra gli interventi individuati quelli a maggior frequenza di applicazione sono stati quelli relativi alla gestione dello stato respiratorio. Di questi, quelli prioritari sono: vie aeree: gestione 3140, gestione delle vie aeree artificiali 3180, monitoraggio respiratorio 3350, gestione della ventilazione meccanica: invasiva 3300.	Lo studio conferma la corrispondenza degli interventi che anche NIC indica come più comuni e prioritari nell'assistenza in area critica. Questi interventi sono strettamente collegati al bisogno di risolvere i principali problemi delle funzioni vitali dell'organismo, come la funzione respiratoria.	L'identificazione di diagnosi ed interventi infermieristici più frequenti in terapia intensiva è utile agli infermieri per migliorare l'assistenza e le cure dell'assistito e per redigere piani assistenziali standardizzati e basati sulla migliore evidenza scientifica.

N°	AUTORE/I	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
5	Do Canto D. F., Almeida Mde A.	2013	<i>Nursing outcomes for Ineffective breathing patterns and Impaired spontaneous ventilation in intensive care</i>	Identificare i principali risultati NOC delle diagnosi infermieristiche “modello di respirazione inefficace” e “ventilazione spontanea compromessa”.	Studio trasversale osservazionale	Tre terapie intensive di un ospedale del sud del Brasile.	15 infermieri professionisti.	Dallo studio è emerso che: per la diagnosi infermieristica “Modello di respirazione inefficace” 5 NOC sono stati considerati prioritari (stato respiratorio: pervietà delle vie aeree 0410, stato respiratorio: ventilazione 0415, parametri vitali 0802, stato respiratorio: scambi gassosi 0402, risposta allo svezzamento del ventilatore meccanico: adulto 0411 , risposta allergica sistemica 0706); per la diagnosi infermieristica “ventilazione spontanea compromessa” sono stati individuati altri 5 NOC prioritari (risposta allo svezzamento del ventilatore meccanico: adulto	Dallo studio emerge che i risultati ed indicatori infermieristici proposti nella tassonomia NOC si ritrovano quotidianamente nella pratica clinica della Terapia Intensiva e permettono di variare il monitoraggio dell'assistito critico con difficoltà respiratoria permettendo elementi di personalizzazione nel suo piano di assistenza.	Si suggerisce l'implementazione e l'uso delle tassonomia NANDA-I e NOC nella pratica clinica infermieristica quale elemento di personalizzazione del piano di cura dell'assistito.

N°	AUTORE/I	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
								0411, stato respiratorio: scambi gassosi 0402, stato respiratorio: ventilazione 0415, parametri vitali 0802).		
6	Lee	2006	<i>Analysis of nursing diagnoses and outcomes used in a Respiratory Unit in Korea</i>	Identificare le diagnosi infermieristiche e i risultati di salute utilizzati nei piani assistenziali delle persone in Terapia Intensiva e analizzare l'impatto che gli interventi infermieristici hanno sulla risoluzione dei bisogni di salute degli assistiti.	Studio osservazionale	Unità di pneumologia di un ospedale della Korea.	66 assistiti.	Le diagnosi infermieristiche (34 totali) più frequenti secondo lo studio sono: nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico (41%), dolore cronico (27%), modello di respirazione inefficace (26%) , stipsi (23%), liberazione delle vie aeree inefficace (18%) . I NOC più frequenti (46 totali) sono, invece, stati: stato nutrizionale (38%), stato respiratorio: ventilazione (38%) , livello di dolore (26%), mobilità (18%) e stato respiratorio: scambi gassosi (17%) , in accordo	La valutazione dell'impatto che gli interventi infermieristici hanno sul raggiungimento o meno degli obiettivi dell'assistito è importante soprattutto in termini di risorse umane ed economiche e di efficienza del lavoro assistenziale.	Usare un linguaggio standardizzato nella pratica clinica infermieristica e poi inserire ed elaborare le informazioni degli assistiti in un <i>database</i> elettronico può facilitare la valutazione dell'impatto in termini di raggiungimento degli obiettivi che hanno gli interventi infermieristici e anche per aumentare l'efficacia nella documentazione delle informazioni del processo infermieristico e la qualità dell'assistenza.

N°	AUTORE/I	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
								con le diagnosi infermieristiche formulate.		
7	Melo E. M., de Albuquerque P., Martins Aragao R. M.	2012	<i>Nursing diagnosis prevalence in patients at an intensive care unit of a public hospital</i>	Trovare quali sono le diagnosi infermieristiche più frequenti in Terapia Intensiva secondo la tassonomia NANDA-I.	Studio descrittivo quantitativo	Terapia intensiva dell'ospedale pubblico di Fortaleza, in Brasile.	51 persone ricoverate nella terapia intensiva di questo ospedale nel periodo da marzo a maggio 2009.	Le diagnosi infermieristiche totali identificate sono state 73, le quali si riferivano più frequentemente al dominio 4 e 11 della tassonomia NANDA-I. Per il dominio 4 sono state identificate 7 diagnosi fra cui quelle di modello di respirazione inefficace (92,16%) e di ventilazione spontanea compromessa (78,43%) . Nel dominio 11 si ritrovano con più frequenza le diagnosi di rischio di aspirazione (88,24%) e liberazione delle vie aeree inefficace (86,27%) con fattori correlati come la presenza di vie aeree artificiali, secrezioni	Le diagnosi infermieristiche più frequentemente identificate sono associate alle alterazioni della funzione respiratoria (direttamente o come risultato di meccanismi omeostatici e di compenso dell'organismo).	La conoscenza delle principali diagnosi infermieristiche permette agli infermieri di area critica di fornire un'assistenza più efficace e di qualità in quanto permette di pianificarla, personalizzarla per ogni assistito e renderla coerente con i suoi bisogni di salute.

N°	AUTORE/I	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
								abbondanti e incapacità della persona di espettorare efficacemente. Le diagnosi mediche più frequentemente correlata a quest'ultima diagnosi infermieristica sono state sepsi (47,73%) e BPCO (3,45%).		
8	Salgado de Oliveira P., Chianca T. C.	2011	<i>Identification and mapping of the nursing diagnoses and actions in the Intensive Care Unit</i>	Identificare le diagnosi infermieristiche ed i relativi interventi in Terapia Intensiva.	Studio descrittivo osservazionale	Terapia Intensiva dell'ospedale di Belo Horizonte in Brasile.	44 assistiti.	Le diagnosi infermieristiche riguardanti la funzione respiratoria ritrovate nello studio con più frequenza sono state: liberazione delle vie aeree inefficace (7 persone per il 16% del campione), rischio di aspirazione (16%) , modello di respirazione inefficace (5%) , scambi gassosi compromessi (5%) . Complessivamente, gli interventi più frequenti si	Gli interventi riguardanti la gestione della ventilazione ed il suo monitoraggio risultano essere quelli più frequenti.	In Terapia Intensiva è raccomandato l'uso di un linguaggio standardizzato per facilitare la comunicazione fra i professionisti ed il processo di <i>problem-solving</i> . Piani assistenziali sono necessari poiché in area critica è necessario che gli infermieri prendano velocemente delle decisioni migliori per i loro assistiti.

N°	AUTORE/I	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
								riferivano al supporto della respirazione: monitoraggio respiratorio continuo (in tutti i 44 assistiti 100%), supporto ventilatorio (ossigenoterapia), igiene cavo orale.		
9	Subirana M.	2004	<i>Which nursing issues need a European guideline: proposal for respiratory management</i>	Redigere un piano assistenziale standardizzato per la persona con insufficienza respiratoria in Terapia Intensiva, con l'uso delle tassonomie NANDA-I, NOC e NIC.	Revisione di letteratura			Le diagnosi infermieristiche principali sono 3: Modello di respirazione inefficace, Liberazione delle vie aeree inefficace e Scambi gassosi compromessi . Per la prima diagnosi i NOC collegati sono 2 ossia “Parametri vitali 0802” e “Stato respiratorio: ventilazione 0403” ; mentre i NIC sono 4 di cui quello più importante e prioritario da letteratura è “Vie aeree: gestione 3140” . In riferimento a	Il piano assistenziale propone per la persona con insufficienza respiratoria in Terapia Intensiva 3 diagnosi infermieristiche, 4 NOC e 4 NIC principali.	I piani assistenziali aiutano gli infermieri a conoscere i bisogni di salute principali, gli obiettivi e gli interventi prioritari di una casistica aiutandoli nella presa di decisione e nel processo di <i>problem-solving</i> .

N°	AUTORE/I	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
								<p>questo NIC, l'autore sottolinea il ruolo fondamentale dell'infermiere nel limitare la comparsa di infezioni, come dalle linee guida del CDC di Atlanta. Per "Liberazione delle vie aeree inefficace" si suggerisco il NOC "Stato respiratorio: pervietà vie aeree 0410" e 3 NIC, di cui il principale è "Vie aeree: aspirazione 3160". Per "Scambi gassosi compromessi" infine il NOC prioritario è "Stato respiratorio: scambi gassosi 0402", ed i NIC sono "Monitoraggio equilibrio acido-base 1920" e "Svezzamento dal ventilatore meccanico 3310", quest'ultimo per</p>		

N°	AUTORE/I	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
								fare sì che la funzione cardiaca non venga compromessa con la comparsa di intolleranza all'attività.		
10	Yücel S.C., Eser I., Güler E.K., Khorshid L.	2011	<i>Nursing diagnoses in patients having mechanical ventilation support in a respiratory intensive care unit in Turkey</i>	Individuare le diagnosi infermieristiche NANDA-I più comuni nelle persone con ventilazione meccanica invasiva e non-invasiva in terapia intensiva.	Studio descrittivo osservazionale	Terapia Intensiva di un ospedale in Turchia.	51 assistiti in Terapia Intensiva con ventilazione artificiale meccanica invasiva o non-invasiva, dal 1 marzo al 20 agosto 2008.	Le diagnosi infermieristiche più comuni nel campione sono riferibili ai domini 4 attività/riposo e 11 sicurezza/protezione e della tassonomia NANDA-I. In particolare, i bisogni di salute più frequenti sono: ventilazione spontanea compromessa (nel 100% dei casi), modello di respirazione inefficace (100%) , scambi gassosi compromessi (94,1% quindi in 48 assistiti su 51), liberazione delle vie aeree inefficace (88,2% in 45 assistiti), comunicazione verbale compromessa	I risultati emersi dallo studio coincidono e confermano ciò che emerge dalla letteratura. Questo studio mostra inoltre come i bisogni di salute identificati nella persona con VAM siano molteplici, complessi e diversi per ogni assistito del campione.	Studi futuri dovrebbero indagare gli interventi assistenziali specifici a tali bisogni evidenziati ed inoltre dei piani standard infermieristici dovrebbero essere prodotti seguendo le linee guida specifiche. Un approccio di accertamento che consideri tutti i modelli funzionali della persona dovrebbe essere incoraggiato nella pratica al fine di individuare e formulare obiettivi e risultati più concretamente raggiungibili per la persona assistita.

N°	AUTORE/I	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
								(100%), rischio di infezione (100%), rischio di aspirazione (100%), disturbato modello di sonno (94,1%), risposta allo svezzamento dal ventilatore disfunzionale (39,2%) . Emerge, inoltre, che più la VAM è temporalmente lunga più la mucosa orale può subire danno (quindi rischio di infezione) e la persona può sviluppare intolleranza all'attività e mobilità compromessa.		
11	Zeitoun S. S., de Barros A. L., Michel J. L., de Bettencourt A. R.	2007	<i>Clinical validation of the signs and symptoms and the nature of the respiratory nursing diagnosis in patients under invasive mechanical ventilation</i>	Verificare le diagnosi infermieristiche respiratorie più frequenti negli assistiti con alterazione della funzione respiratoria e ventilazione	Studio descrittivo osservazionale	Terapia intensiva dell'ospedale di San Paulo in Brasile.	38 assistiti ricoverati in Terapia Intensiva per alterazioni della funzione respiratoria, con ventilazione meccanica.	È necessario che gli infermieri di Terapia Intensiva siano in grado di identificare le diagnosi infermieristiche più frequenti relative alla respirazione in quanto la sua alterazione è frequente in questa U.O.	La diagnosi "Scambi gassosi compromessi" è sempre presente quando si verifica un'alterazione della respirazione confermata da valori EGA alterati, "Liberazione delle vie aeree inefficace" è secondaria al posizionamento di un	Studi simili a questo sono utili per la pratica clinica perché dimostrano l'adeguatezza della tassonomia NANDA-I nel rilevare segni e sintomi negli assistiti con VAM e aiutare quindi gli infermieri ad identificare i bisogni di salute della persona.

N°	AUTORE/I	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	OBIETTIVI	DISEGNO	SETTING	CAMPIONE	RISULTATI	CONCLUSIONI	IMPLICAZIONI PER L'INFERMIERISTICA
				meccanica e validare i loro segni e sintomi critici per distinguerle nel processo di formulazione delle diagnosi.				Da tale studio emerge quindi che le diagnosi infermieristiche più frequenti negli assistiti con alterazione della respirazione sono nell'ordine di maggior presenza: Liberazione delle vie aeree inefficace, Scambi gassosi compromessi e Modello di respirazione inefficace.	presidio ventilatorio per la persona incapace quindi ad espettorare (segno critico rantoli) e “Modello di respirazione inefficace” è causato da una modalità ventilatoria o da un tempo di intubazione scorretti e prolungati oltre il necessario. Tali diagnosi possono essere anche tutte presenti in un unico assistito.	

Allegato 3.	Scheda di valutazione iniziale globale per la persona con insufficienza respiratoria in Unità di Terapia Intensiva
--------------------	---



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

Scuola di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica



Sede di Conegliano

Terzo anno di corso a.a. 2014-2015

DATI RELATIVI ALL'ACCETTAZIONE IN OSPEDALE

Ricovero in U. O. di Rianimazione e terapia intensiva dell'Ospedale Civile di Conegliano

N° Identificativo scheda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Data di ingresso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Data di dimissione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Data di nascita <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Diagnosi medica di ingresso			
Patologie concomitanti	Diabete <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Asma/BPCO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Ictus <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Insuff. Renale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Iperensione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Altre patologie <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Se si, quali?.....	

ETÀ:

- fino a 20 tra 21 e 30 tra 31 e 40 tra 41 e 50 tra 51 e 60
 tra 61 e 70 tra 71 e 80 tra 81 e 90 da 90 a oltre

NAZIONALITÀ:

- italiana altro

PROVENIENZA:

- casa lavoro scuola struttura residenziale
 altra Unità Operativa ospedale altro

Motivo del ricovero (sintomatologia):

.....
.....
.....
.....

Anamnesi medica remota:

.....
.....
.....
.....

FARMACI PRE - RICOVERO					
Antipertensivi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Antidiabetici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Farmaci per l'apparato respiratorio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Antiemetici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Antistaminici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Antitrombotici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Analgesici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Agenti ipolipemizzanti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Antiaritmici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Lassativi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Antibiotici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Altro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

VALUTAZIONE INIZIALE GLOBALE

CON ACCERTAMENTO DEGLI 11 MODELLI FUNZIONALI DI GORDON

1. MODELLO DI PERCEZIONE E DI GESTIONE DELLA SALUTE	
<input type="checkbox"/> Non valutabile a causa della sedazione	
È fumatore?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
N° sigarette/die:	
Ha delle dipendenze?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, quali?	
<input type="checkbox"/> Alcolismo	
<input type="checkbox"/> Droghe	
<input type="checkbox"/> Ludomania	
Ha allergie?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si sottopone a screening protettivi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si sottopone a controlli medici?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Segue le cure prescritte?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

2. MODELLO NUTRIZIONALE E METABOLICO	
Stato nutrizionale:	
<input type="checkbox"/> Molto povero: non mangia mai un pasto completo, raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto, 2 o meno porzioni di proteine al giorno, assume pochi liquidi e nessun integratore; oppure è a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per meno di 5 giorni	
<input type="checkbox"/> Probabilmente inadeguato: raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti, le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari; oppure riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con sondino)	
<input type="checkbox"/> Adeguato: mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno; oppure si alimenta con NPT, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario	
<input type="checkbox"/> Eccellente: mangia la maggior parte del cibo, non rifiuta mai un pasto, spuntini occasionali, non necessita di integratori	
Ha nausea?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha avuto episodi di vomito?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, di che tipo?	
<input type="checkbox"/> Caffeano	
<input type="checkbox"/> Ematemesi	
<input type="checkbox"/> Biliare	
<input type="checkbox"/> Alimentare	
Assunzione di liquidi (quantità/die):	
Entrate:.....	

Peso: Kg..... Altezza:cm

BMI.....

- < 18,5 : sottopeso
- tra 18 e 24,9: normopeso
- tra 25 e 29,9: sovrappeso
- > 30: obeso

Variazioni di peso:

SI NO

Se si, quanti kg?.....

E in quanto tempo?.....

Assume una dieta speciale/integratori?

SI NO

Se si, di che tipo?

- Nutrison
- Pulmocare

Intolleranza alimentare:

SI NO

Se si, quale?.....

Alimentazione parenterale:

SI NO

SNG:

SI NO

PEG:

SI NO

Disfagia:

SI NO

Glicemia: mg/dL

Ha una protesi dentaria?

- NO
- Fissa
- Mobile

Cavo orale:

- Pulito
- Alitosi
- Presenza di residui alimentari

Mucosa:

- Integra
 - Presenza di lesioni
- Se si alla presenza di lesioni, dove e di che tipo?
- Labbra
 - Lingua
 - Palato
 - Afte
 - Herpes zoster

TC:

- Apiretico
- Febbrile (TC:.....)
- Ipotermico

Stato della cute:

- Normale
- Secca
- Iperidrosi

Colorito della cute:

- Rosea
- Gialla/itterica
- Olivastra
- Grigio-bronzea
- Presenza di efelidi

Ha prurito?

SI NO

Sono presenti edemi?

SI NO

Sono presenti ecchimosi?

SI NO

Punteggio **Scala Braden**:.....

Rischio di lesione da decubito:

SI NO

Grado di rischio:

- da 23 a 19: assente
- da 18 a 16: basso
- da 15 a 13: medio
- ≤ 12: alto

Presenza lesioni da decubito <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
Se si, dove e di che stadio?						
Sede	Sede dx	Sede sx	Stadio 1	Stadio 2	Stadio 3	Stadio 4
SACRO						
TROCANTERE						
GLUTEO						
TALLONE						
MALLEOLO						
GOMITO						
SPALLA						
SCAPOLA						
ORECCHIO						

Altro:

SI NO

Se si, che cosa?

- Lesioni da compressione
- Lesioni trofiche
- Ustioni
- Ferite
- Stomie

3. MODELLO DI ELIMINAZIONE

ELIMINAZIONE URINARIA

Uscite (quantità/die):.....

Disuria:

SI NO

Nicturia:

SI NO

Bisogno impellente di urinare:

SI NO

Difficoltà a rimandare la minzione:

SI NO

Difficoltà a raggiungere il bagno:

SI NO

Incontinenza urinaria:

SI NO

Usa sistemi o presidi di assorbenza?

SI NO

Se sì, quali?

Traverse

Pannolone

Condom urinario

Catetere vescicale

Tipo/calibro..... Ultimo cambio il

ELIMINAZIONE INTESTINALE

Valutazione **scala Bristol**:

TIPO 1: feci dure, separate, simili a nocciole

TIPO 2: feci a forma di salsiccia, ma formata da grumi uniti tra loro

TIPO 3: feci a forma di salame, ma con crepe sulla superficie

TIPO 4: feci a forma di salsiccia o serpente, liscia e morbida

TIPO 5: feci costituite da pezzi separati, morbidi con bordi come tagliati/spezzati, chiara (facile da evacuare)

TIPO 6: feci costituite da pezzi soffici/fioccolari con bordi frastagliati, feci pastose

TIPO 7: feci acquose

Frequenza:.....

Dolore alla defecazione:

SI NO

Stipsi:

SI NO

Diarrea:

SI NO

Incontinenza fecale:

SI NO

Autoprescrizione:

SI NO

Se sì, di che cosa?

Lassativi

Supposte

Clisteri

ADDOME:

Soffice

Trattabile

Globoso

STOMIA:

SI NO

Se si, di che tipo?	
<input type="checkbox"/> Ileostomia	
<input type="checkbox"/> Colostomia	
Autogestione:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DRENAGGI:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, in quale sede?.....	
Quantità del drenaggio:.....	

4. MODELLO DI ATTIVITÀ E DI ESERCIZIO FISICO	
FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA:	
PA:.....	
FC:.....	
Qualità delle pulsazioni riscontrate:	
<input type="checkbox"/> Polso aritmico	
<input type="checkbox"/> Polso ritmico	
Sono presenti segni di vasocostrizione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, la persona è sudata?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
La cute è pallida?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Le estremità sono fredde?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ATTIVITÀ RESPIRATORIA:	
FR:.....	
Qualità del respiro:	
<input type="checkbox"/> Profondo	
<input type="checkbox"/> Superficiale	
SpO2:.....	
È presente tachipnea?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, quando?	
<input type="checkbox"/> A riposo	
<input type="checkbox"/> Da sforzo	
È presente bradipnea?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
La persona soffre di apnee?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ortopnea:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dispnea:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, di che tipo?	
<input type="checkbox"/> A riposo	
<input type="checkbox"/> Da sforzo	
Valutazione del grado di dispnea con Scala Modified Medical Research Council (mMRC) Dyspnea scale:	

Grado	Livello di dispnea		
0	Nessuna dispnea, eccetto con esercizi faticosi	La persona ha: <input type="checkbox"/> Grado 4 <input type="checkbox"/> Grado 3 <input type="checkbox"/> Grado 2 <input type="checkbox"/> Grado 1 <input type="checkbox"/> Grado 0	
1	Comparsa di dispnea in seguito a sforzo fisico moderato		
2	In associazione a una attività fisica ordinaria		
3	Dispnea in seguito ad attività fisica ridotta rispetto all'ordinario		
4	Presenza di dispnea ingravescente durante lo svolgimento di attività e/o il semplice vestirsi		

La persona assume una posizione di decubito obbligato (respira solo se sta in una determinata posizione)? SI NO

È presente difficoltà respiratoria mentre parla? SI NO

Se sì, di che tipo?

Grave (la persona non riesce totalmente a parlare ed esprimersi verbalmente)

Lieve (la persona riesce comunque a parlare)

Atteggiamento della bocca:

La persona mantiene la bocca sempre chiusa (respirazione sufficiente)? SI NO

La persona mantiene la bocca chiusa in espirio (broncospasmo)? SI NO

La persona mantiene la bocca sempre spalancata (respirazione insufficiente)? SI NO

Utilizzo dei muscoli accessori della respirazione? SI NO

Se sì, di che tipo?

Marcato

Lieve

Rientramento degli spazi intercostali? SI NO

Movimenti incoordinati e/o asimmetrici del torace? SI NO

Alitamento delle pinne nasali? SI NO

Turgore delle giugulari? SI NO

Presenza di enfisema sottocutaneo? SI NO

Colorito della cute:

Pallido

Grigiastro

Cianotico

Marezzato

Presenza di cianosi? SI NO

Se sì, di che tipo?

<input type="checkbox"/> Periferica <input type="checkbox"/> Centrale Presenza di rumori respiratori? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si, specificare: <input type="checkbox"/> Rantoli <input type="checkbox"/> Respiro russante <input type="checkbox"/> Stridore inspiratorio <input type="checkbox"/> Respiro gorgogliante <input type="checkbox"/> Sibili espiratori Presenza di tosse? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si, di che tipo? <input type="checkbox"/> Acuta <input type="checkbox"/> Cronica E con quali caratteristiche? <input type="checkbox"/> Secca <input type="checkbox"/> Produttiva Presenza di secrezioni? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si, di che tipo? <input type="checkbox"/> Emorragiche <input type="checkbox"/> Mucose <input type="checkbox"/> Purulente/verdastri <input type="checkbox"/> Sierose La persona lamenta cefalea al risveglio? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Ossigenoterapia: Se si, quanto O ₂ lt/min?..... Con quale presidio? <input type="checkbox"/> Occhialini/ cannule nasali <input type="checkbox"/> Maschera semplice <input type="checkbox"/> Maschera di Venturi (%FiO ₂ :.....) Durante l'ossigenoterapia la persona ha manifestato/avuto: <input type="checkbox"/> Disturbi della visione? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sensazione di percezione uditiva alterata? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nausea? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tremori a carico dei muscoli della faccia e/o alle estremità? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Alterazioni dello stato di coscienza (sonnolenza, agitazione)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Vertigini? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ventilazione meccanica artificiale (VAM): Se si, di che tipo? <input type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

<input type="checkbox"/> Non invasiva (CPAP/NIV)	
Intubazione orotracheale:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Intubazione nasotracheale:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tracheostomia:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sedazione:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Broncoaspirazione:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se sì, quali caratteristiche ha il broncoaspirato?	
<input type="checkbox"/> Emorragico	
<input type="checkbox"/> Mucoso	
<input type="checkbox"/> Purulento/verdastro	
<input type="checkbox"/> Sieroso	
EGA:	
ph..... PaO2..... PaCO2..... HCO3.....	
<input type="checkbox"/> Acidosi respiratoria	
<input type="checkbox"/> Acidosi metabolica	
<input type="checkbox"/> Alcalosi respiratoria	
<input type="checkbox"/> Alcalosi metabolica	
Completare SOLO se la persona ha VAM e non è sedata:	
Sono già stati effettuati tentativi di svezzamento dal ventilatore meccanico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se sì, dopo quanti giorni dall'inizio della ventilazione meccanica invasiva?.....	
Se sì, hanno avuto esito:	
<input type="checkbox"/> Negativo (insuccesso)	
<input type="checkbox"/> Positivo	
Se sì, durante questi:	
La pressione arteriosa è aumentata rispetto ai valori di base (< o ≥ 20 mmHg)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
La frequenza cardiaca è aumentata rispetto ai valori di base (< o ≥ 20 btt/min)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
La frequenza respiratoria è aumentata rispetto ai valori di base?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
La persona ha manifestato irrequietezza, apprensione, agitazione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
La persona aveva espressioni facciali di paura?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
La persona era sudata?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
La persona dimostrava una diminuzione del livello di coscienza?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
La persona ha manifestato la sensazione di un maggior bisogno di ossigeno o dispnea?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
La persona è stata capace di seguire le indicazioni e di respirare autonomamente seguendo in maniera coordinata il lavoro ventilatorio?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
La persona ha avuto un respiro non sincronizzato con il ventilatore?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
I valori dell'EGA sono peggiorati rispetto ai valori di base?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sono comparsi suoni respiratori avventizi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
All'auscultazione, si poteva affermare una diminuzione dell'ingresso di aria nei polmoni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CAPACITÀ DELLA CURA DI SÉ:	
Punteggio Indice Barthel :.....	
La persona svolge attività fisica?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
La persona riferisce affaticamento durante e/o dopo lo svolgimento dell'attività?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

La persona riferisce stanchezza durante e/o dopo lo svolgimento dell'attività?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
La persona quale grado di soddisfazione dichiara nella cura di sé?	
<input type="checkbox"/> Basso	
<input type="checkbox"/> Discreto	
<input type="checkbox"/> Alto	
Il soggetto è?	
<input type="checkbox"/> Allettato	
<input type="checkbox"/> Deambula	
Valutazione rischio di caduta con Scala di Conley	
Punteggio Scala di Conley:.....	
<input type="checkbox"/> < 2: non a rischio di caduta	
<input type="checkbox"/> ≥ 2: a rischio di caduta	
La persona necessita di ausili e/o persone di supporto per gli spostamenti e la mobilizzazione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, quali ausili di supporto usa?	
<input type="checkbox"/> Stampelle	
<input type="checkbox"/> Bastone	
<input type="checkbox"/> Comoda	
<input type="checkbox"/> Sedia a rotelle	
<input type="checkbox"/> Deambulatore	

5. MODELLO DI RIPOSO E DI SONNO	
<input type="checkbox"/> Non valutabile a causa della sedazione	
Valutazione con Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) modificato:	
Il suo sonno è profondo ?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Da 1 a 10, che valutazione ne dà ?.....	
Ha difficoltà ad addormentarsi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Da 1 a 10, che valutazione ne dà ?.....	
Ha risvegli notturni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, quanti (numero)?.....	
Ha difficoltà a riaddormentarsi dopo il risveglio?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Da 1 a 10, che valutazione ne dà ?.....	
Valuta la qualità del suo sonno buona?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Da 1 a 10, che valutazione ne dà ?.....	
Ci sono situazioni che disturbano il suo sonno?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, quali?	
<input type="checkbox"/> Monitor	
<input type="checkbox"/> Voci	
<input type="checkbox"/> Compagno di stanza	
<input type="checkbox"/> Attività assistenziali	
Ore dormite/notte:	

<input type="checkbox"/> fino a 5	
<input type="checkbox"/> tra 6 e 8	
<input type="checkbox"/> 9 e superiori	
Alterazioni del sonno:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Abitudini/rimedi per favorire il sonno:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ritualità:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Farmaci:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

6. MODELLO COGNITIVO E PERCETTIVO	
<input type="checkbox"/> Non valutabile a causa della sedazione	
TATTO:	
<input type="checkbox"/> nella norma	
<input type="checkbox"/> alterazione della sensibilità	
 OLFATTO:	
<input type="checkbox"/> nella norma	
<input type="checkbox"/> alterazione nella percezione degli odori	
 GUSTO:	
<input type="checkbox"/> nella norma	
<input type="checkbox"/> alterazioni della percezione dei gusti	
 VISTA:	
<input type="checkbox"/> senza alcun difetto alla vista	
<input type="checkbox"/> ipovedente	
<input type="checkbox"/> miopia	
<input type="checkbox"/> astigmatismo	
<input type="checkbox"/> cecità	
 UDITO:	
<input type="checkbox"/> nella norma	
<input type="checkbox"/> ipoacusia	
<input type="checkbox"/> sordità	
Apparecchi acustici:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Vertigini:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
 Valutazione del Dolore:	
Ha dolore?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, da quanto tempo?	
<input type="checkbox"/> Acuto (< 3 mesi)	
<input type="checkbox"/> Cronico (> 3 mesi)	
Se si, dove?	
<input type="checkbox"/> Diffuso/generalizzato	
<input type="checkbox"/> Localizzato (sede:)	

Usa farmaci o rimedi per il controllo abituale del dolore?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, quali?.....	
Da 0 a 10, che valutazione dà al suo dolore (scala NRS)?.....	
Lingua parlata:	
<input type="checkbox"/> Italiano	
<input type="checkbox"/> Altra lingua (quale?.....)	
Disturbi del linguaggio:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, di che tipo?	
<input type="checkbox"/> Afasia	
<input type="checkbox"/> Disartria	
Capacità di comunicare:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se no, perché?.....	
Capacità di comprendere:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se no, perché?.....	
Capacità di interazione:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, con chi?	
<input type="checkbox"/> Solo con familiari	
<input type="checkbox"/> Solo con gli infermieri	
<input type="checkbox"/> Solo con i medici	
<input type="checkbox"/> Con tutti	
Valutazione dello stato mentale:	
<input type="checkbox"/> Stuporoso	
<input type="checkbox"/> Confuso	
<input type="checkbox"/> Apatico	
<input type="checkbox"/> Lucido	
Deterioramento cognitivo:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Disturbi comportamentali:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

7. MODELLO DI PERCEZIONE DI SÉ - CONCETTO DI SÉ	
<input type="checkbox"/> Non valutabile a causa della sedazione	
Preoccupazioni relative al ricovero e/o malattia:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Preoccupazioni relative cambiamenti nel corpo (presenti o attesi):	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Preoccupazioni relative perdita di parti e/o funzioni:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Preoccupazioni relative al possibile cambiamento:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Contatto visivo:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Livello d'ansia:	
<input type="checkbox"/> Panico	
<input type="checkbox"/> Grave	
<input type="checkbox"/> Moderato	
<input type="checkbox"/> Lieve	
Autostima :	
<input type="checkbox"/> Non adeguata	

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Valutazione negativa di sé
<input type="checkbox"/> Valutazione negativa delle proprie capacità
<input type="checkbox"/> Adeguata | |
|--|--|

8. MODELLO DI RUOLI E DI RELAZIONI

Non valutabile a causa della sedazione

Stato civile:

- Nubile
- Celibe
- Sposato/a
- Divorziato/a
- Vedovo/a

Occupazione:

- Disoccupato
- Pensionato
- Dipendente
- In proprio

È soddisfatto del proprio lavoro?

SI NO

Se no, perché?

A chi si rivolge normalmente per affrontare le situazioni difficili o per chiedere aiuto?

- Coniuge
- Figli
- Parenti
- Altra persona/ servizi
- Nessuno

Queste persone da lei indicate, possono dedicarle del tempo nella cura/assistenza?

SI NO

Con chi vive?

- Da solo
- In famiglia
- In struttura
- Altro

I suoi familiari sono preoccupati per il ricovero?

SI NO

Se si, perché?.....

Riferite difficoltà nei rapporti con:

- Partner
- Genitori
- Figli
- Parenti
- Altri
- Nessuna

Chi pensa le starà vicino durante la degenza?

<input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Genitori <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Parenti <input type="checkbox"/> Altri <input type="checkbox"/> Nessuno Chi si occuperà di Lei a domicilio? <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Genitori <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Parenti <input type="checkbox"/> Altri <input type="checkbox"/> Nessuno	
---	--

9. MODELLO DI SESSUALITÀ E DI RIPRODUZIONE	
<input type="checkbox"/> Non valutabile a causa della sedazione	
Se DONNA (se appropriato):	
- Menopausa:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- In gravidanza:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Figli:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Aborti:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Utilizzo contraccettivo (controlli:.....):	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ci sono cambiamenti nella funzione/nel modello?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
GENITALI FEMMINILI	
Secrezioni:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Lesioni:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Irritazioni:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se UOMO (se appropriato):	
- Disturbi:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se sì, a che cosa sono riferibili?	
<input type="checkbox"/> Ad effetti collaterali dei farmaci	
<input type="checkbox"/> A problemi di salute	
<input type="checkbox"/> Ad interventi	
<input type="checkbox"/> Altro	
Ci sono cambiamenti nella funzione/nel modello?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
GENITALI MASCHILI	
Secrezioni:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Lesioni:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Retrazione del prepuzio:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

10. MODELLO DI COPING E TOLLERANZA ALLO STRESS

Non valutabile a causa della sedazione

Ha avuto eventi negativi (in termini di perdite, lutti) nell'ultimo anno?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, sono stati risolti?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Normalmente reagisce allo stress?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, come affronta il problema?	
<input type="checkbox"/> Da solo	
<input type="checkbox"/> Con il supporto/aiuto di caregiver, familiari, servizi	
<input type="checkbox"/> Assumendo farmaci	
<input type="checkbox"/> Altro	

11. MODELLO DI VALORI E DI CONVINZIONI

Non valutabile a causa della sedazione

Religione:	
<input type="checkbox"/> Cattolica	
<input type="checkbox"/> Musulmana	
<input type="checkbox"/> Ebraica	
<input type="checkbox"/> Altro	
Per lei, la sua religione è importante?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ci sono delle restrizioni dovute alla sua religione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, quali?.....	
Richiesta di assistenza spirituale:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Svolge attività di volontariato?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, quali?.....	
È impegnato/a nel sociale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, dove?.....	
Percepisce un cambiamento personale dopo questo evento?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, di che tipo?	
<input type="checkbox"/> Fisico	
<input type="checkbox"/> Psicologico	
<input type="checkbox"/> Lavorativo	
<input type="checkbox"/> Di ruolo	
<input type="checkbox"/> Altro	
Ha consapevolezza delle scelte di salute future che dovrà fare?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha ricevuto informazioni rispetto ai possibili cambiamenti futuri nel suo stile di vita?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Le sue scelte sono legate a valori-principi-regole morali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Crede che i suoi valori-principi-regole morali la possano aiutare nell'affrontare un cambiamento o delle prese di decisioni per le sue scelte di salute future?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, perché?.....	

Allegato 4.	Piano assistenziale infermieristico per la persona con insufficienza respiratoria con tassonomie NNN.
--------------------	--

DIAGNOSI INFERMIERISTICHE SECONDO TASSONOMIA NANDA-I	
Scambi gassosi compromessi (cod. NANDA-I 00030) Definizione: eccesso o deficit di ossigenazione e/o eliminazione dell'anidride carbonica attraverso la membrana alveolo-capillare.	
Modello di respirazione inefficace (00032) Definizione: inspirazione e/o espirazione che non garantiscono una ventilazione adeguata.	
Ventilazione spontanea compromessa (00033) Definizione: diminuzione delle riserve di energia che si traduce nell'incapacità della persona di mantenere una respirazione autonoma che sia adeguata al supporto vitale.	
Liberazione delle vie aeree inefficace (00031) Definizione: incapacità di rimuovere le secrezioni o le ostruzioni del tratto respiratorio al fine di mantenere la pervietà delle vie aeree.	
Risposta allo svezamento del ventilatore disfunzionale (00034) Definizione: incapacità di adattarsi a un livello più basso di supporto ventilatorio meccanico, con interruzione e prolungamento del processo di svezamento.	
RISULTATI DI SALUTE ATTESI SECONDO TASSONOMIA NOC	INTERVENTI INFERMIERISTICI SECONDO TASSONOMIA NIC
<p>Stato respiratorio (0415)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stato respiratorio: scambi gassosi (0402) - Stato respiratorio: ventilazione (0403) - Stato respiratorio: pervietà delle vie aeree (0410) <p>Parametri vitali (0802)</p> <p><u>Specifici per la persona con VAM:</u></p> <p>Risposta alla ventilazione meccanica: adulto (0411)</p> <p>Risposta allo svezamento dal ventilatore meccanico: adulto (0412)</p>	<p>Vie aeree: gestione (3140)</p> <p>Gestione di vie aeree artificiali (3180)</p> <p>Monitoraggio respiratorio (3350)</p> <p>Gestione della ventilazione meccanica: invasiva (3300)</p> <p>Controllo delle infezioni (6540)</p> <p>Svezamento dal ventilatore meccanico (3310)</p> <p>Posizionamento (0840)</p> <p>Monitoraggio dell'equilibrio acido-base (1920)</p> <p>Vie aeree: aspirazione (3160)</p> <p>Gestione della ventilazione meccanica: prevenzione della polmonite (3304)</p>

NOC	NIC ASSOCIATI
<p>Stato respiratorio (0415) (Definizione: movimento dell'aria dentro e fuori dai polmoni e scambio di anidride carbonica e ossigeno a livello alveolare)</p> <p>Stato respiratorio: scambi gassosi (0402) (Definizione: scambio alveolare di CO₂ e di O₂ per mantenere le concentrazioni dei gas nel sangue arterioso)</p> <p>Stato respiratorio: ventilazione (0403) (Definizione: movimento dell'aria attraverso le vie aeree durante le fasi inspiratoria ed espiratoria)</p> <p>Stato respiratorio: pervietà delle vie aeree (0410) (Definizione: grado di pervietà delle vie tracheobronchiali)</p> <p><i>Indicatori di esito:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -La persona ha uno scambio gassoso sufficiente ad assicurare un'ossigenazione adeguata dei tessuti. -La persona non ha alterazioni dello stato neurologico . -La persona non presenta infezioni nel corso della sua degenza nell'unità di Terapia intensiva. 	<p>Monitoraggio dell'equilibrio acido-base (1920) (Definizione: sistematica rilevazione, osservazione, analisi, verifica e valutazione dei dati dell'assistito al fine di mantenere l'equilibrio acido-base)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Gestione dell'equilibrio acido-base: acidosi respiratoria ➔ Gestione dell'equilibrio acido-base: alcalosi respiratoria <p>Vie aeree: gestione (3140) (Definizione: mantenimento della pervietà delle vie aeree)</p> <p>Vie aeree: aspirazione (3160) (Definizione: rimozione delle secrezioni dalle vie aeree mediante l'introduzione di un sondino per aspirare nel faringe e/o nella trachea)</p> <p>Gestione di vie aeree artificiali (3180) (Definizione: gestione dei tubi endotracheale e tracheostomico e prevenzione delle complicanze associate con il loro utilizzo)</p> <p>Gestione della ventilazione meccanica: invasiva (3300) (Definizione: assistenza a una persona in trattamento ventilatorio artificiale mediante un dispositivo (device) inserito in trachea)</p> <p>Gestione della ventilazione meccanica: prevenzione della polmonite (3304) (Definizione: assistenza a una persona a rischio di sviluppare una polmonite da ventilazione artificiale)</p> <p>Controllo delle infezioni (6540) (Definizione: ridurre al minimo l'acquisizione e la trasmissione di agenti infettivi)</p>
<p><i>Razionale scientifico:</i></p> <p>La gestione dell'insufficienza respiratoria in area critica si focalizza, in primis, nell'assicurare l'ossigenazione dei tessuti ed evitare le complicanze connesse ad una sua possibile mancanza</p> <p>Per garantire la pervietà delle vie aeree occorre utilizzare tutti quei dispositivi artificiali che assicurano tutto ciò; può essere quindi utile il posizionamento di presidi sovraglottici, oppure si può ricorrere all'intubazione tracheale (oro o naso), o alle tecniche sottoglottiche (tracheostomia). Una volta posizionati è responsabilità dell'infermiere gestirli attraverso sostituzione di filtri, pulizia ed igiene.</p> <p>In questo caso è importante anche limitare il rischio di infezione e VAP a cui la persona è esposta in quanto a causa dell'intubazione le sue difese fisiologiche sono bypassate: il CDC di Atlanta sottolinea l'importanza del lavaggio mani, dell'esecuzione di toilette bronchiale con metodo asettico ed igiene del cavo orale routinariamente.</p>	

NOC	NIC ASSOCIATI
<p>Parametri vitali (0802) (Definizione: valori di temperatura, polso, respirazione e pressione arteriosa entro i livelli attesi per un individuo)</p> <p><u>Indicatori di esito principali:</u></p> <p>-La persona ha una FR compresa fra 12-20 atti/min</p> <p>-I livelli di ossigenazione dei tessuti sono $\geq 95\%$</p> <p>- $PaCO_2$ e PaO_2 sono entro i range di normalità.</p>	<p>Monitoraggio respiratorio (3350) (Definizione: sistematica rilevazione, osservazione, analisi, verifica e valutazione dei dati dell'assistito per assicurare la pervietà delle vie aeree e adeguati scambi gassosi)</p>
<p><u>Razionale scientifico:</u> Nella persona con insufficienza respiratoria, è fondamentale la valutazione della funzione respiratoria. In primo luogo, perché essa è l'indicatore più sensibile di insufficienza respiratoria e, poi, perché attraverso il suo monitoraggio è possibile osservare se le condizioni cliniche del soggetto migliorano o peggiorano. L'infermiere deve controllare: frequenza respiratoria (FR), le sue caratteristiche (profondità, sforzo respiratorio, alterazioni dei rumori respiratori, dispnea), capnometria, pulsiossimetria, pressioni parziali dei gas nel sangue arterioso, livello di coscienza e valori della ventilazione impostati (PEEP, volumi correnti). Tutto ciò ha lo scopo di stabilire se la ventilazione del soggetto è sufficiente ai tessuti per ricevere un adeguato apporto di ossigeno.</p>	

NOC	NIC ASSOCIATI
<p>Risposta alla ventilazione meccanica: adulto (0411) (Definizione: scambio alveolare e perfusione tissutale garantiti dalla ventilazione meccanica)</p> <p>Risposta allo svezzamento dal ventilatorio meccanico: adulto (0412) (Definizione: adattamento respiratorio e psicologico al distacco progressivo dalla ventilazione meccanica)</p>	<p>Svezzamento dal ventilatore meccanico (3310) (Definizione: assistere alla persona in respiro spontaneo senza il sostegno di un ventilatore meccanico)</p>
<p><u>Razionale scientifico:</u> La letteratura suggerisce di iniziare i tentativi di svezzamento dal ventilatore dell'assistito intubato il più precocemente possibile al fine di diminuire l'incidenza di sviluppo di infezioni e di altre comorbilità legate all'immobilizzazione prolungata. La persona dovrebbe essere "accompagnata" nella ripresa del respiro spontaneo attraverso dei tentativi quotidiani di respirazione spontanea, per un periodo variabile da 30 a 120 minuti. Nei tentativi di svezzamento, è responsabilità dell'infermiere il monitoraggio della tolleranza del tentativo da parte della persona assistita: in particolar modo, quando il soggetto diventa emodinamicamente instabile, oppure quando $FR > 35$ atti/min per più di 5 minuti, saturazione $< 90\%$, $FC > 140$ batt/min o incremento e decremento del 20% rispetto ai valori di base, $PAS < 90$ o > 180 mmHg, ansia o diaforesi è opportuno fermare la respirazione spontanea e ricollegare la persona alla ventilazione a supporto continuo.</p>	