



Operatori Socio Sanitari risorsa  
e opportunità per il  
miglioramento della qualità e  
dell'assistenza.

Il processo assistenziale

Pordenone, Marzo 2014

Dott.ssa Catia Cassin

# Il processo assistenziale

Il processo assistenziale è un approccio sistematico alla pratica infermieristica che consente di identificare, prevenire e trattare i problemi di salute reali o potenziali di una persona, di gruppi di pazienti, famiglie o comunità.

Processo infermieristico come guida predefinita ma flessibile, per un'assistenza appropriata ed efficace all'utente e per fargli assumere un ruolo attivo nelle decisioni sulla sua salute

# Il processo assistenziale: finalità

- Assistenza personalizzata, continua e coordinata;
- Partecipazione della persona al processo di cura favorendone l'autonomia;
- Raggiungimento degli standard professionali;
- Promozione della collaborazione tra componenti dello staff assistenziale;
- Miglioramento del rapporto tra costi e benefici;
- Aumento della gratificazione professionale.

(Wilkinson 2009)

# Il processo infermieristico

Il processo infermieristico viene utilizzato per diagnosticare, affrontare e valutare le risposte della persona alla salute e alle malattie.

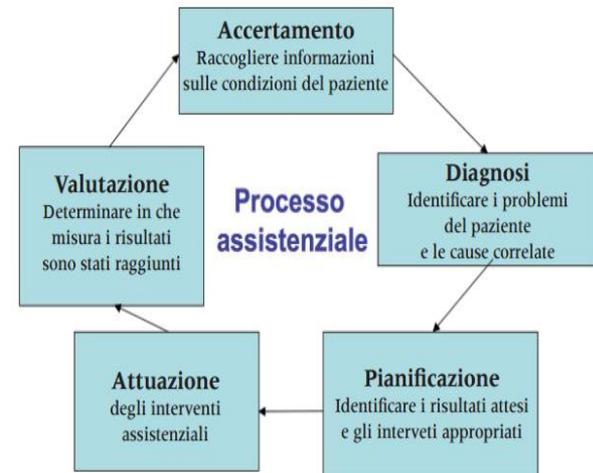
(American Nurses Association 2003)

L'infermiere deve mantenere la regia del processo assistenziale, l'identificazione critica dei bisogni, la pianificazione dell'assistenza e la valutazione del risultato, avvalendosi della collaborazione della figura di supporto.

# Il processo infermieristico (2)

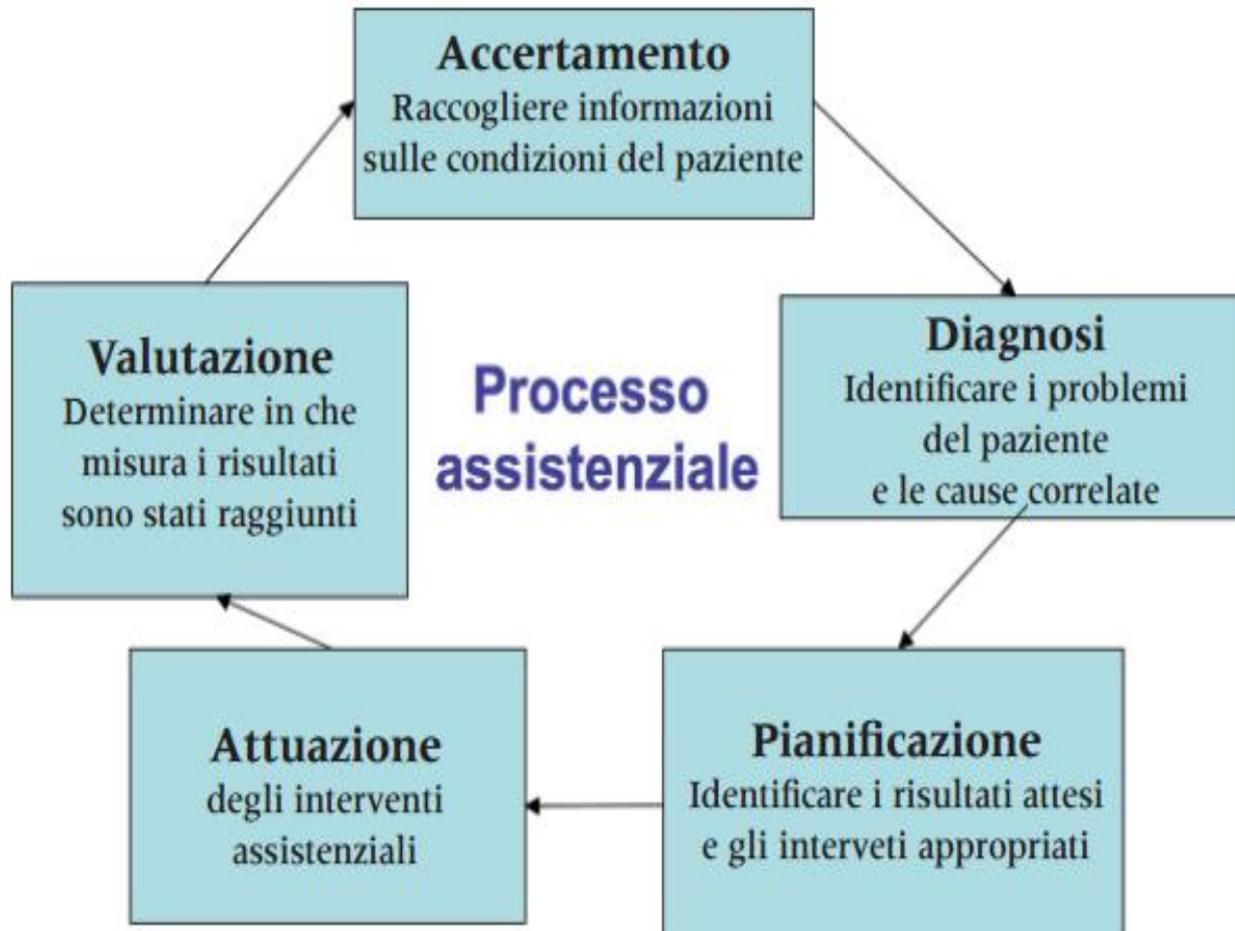
Il processo infermieristico prevede cinque fasi:

- **Accertamento**
- **Diagnosi**
- **Pianificazione**
- **Attuazione**
- **Valutazione**



L'infermiere deve saper pianificare interventi specifici per migliorare la qualità di vita dell'assistito.

# Il processo infermieristico (3)



# L'OSS nel processo di nursing



# Accertamento

L'accertamento infermieristico consiste nella raccolta sistematica di una serie di dati sul paziente per comprendere come risponde e reagisce, o potrà rispondere e reagire ai problemi di salute, e per valutare le possibili soluzioni per soddisfare i suoi bisogni.

(Carpenito 2002)

L'accertamento considera bisogni, preferenze e abilità del paziente, sintomi e segni della sua condizione, la sua storia sanitaria e sociale e ogni altra informazione utile.

# Tipi di accertamento

- **Accertamento iniziale o globale:** quadro gene-rale delle condizioni, primo contatto;
- **Accertamento mirato:** quotidiano, si concentra su aspetti specifici;
- **Accertamento d'urgenza o emergenza:** si effettua all'insorgenza di una crisi per rilevare problemi che possono minacciare la vita;
- **Accertamento di follow up :** rivalutazione di un problema dopo un periodo di tempo con con-fronto delle due situazioni.

# Tipologia di dati

I dati che si raccolgono con l'accertamento devono essere descrittivi, concisi e completi, perché una raccolta dati inadeguata può portare ad un'errata identificazione di problemi e bisogni.

**Dati soggettivi:** percezioni del paziente.

**Dati oggettivi:** osservazioni o rilevazioni effettuate da infermieri, altri operatori, familiari.

**Fonte primaria**

**Fonte secondaria**

# Ragionamento diagnostico

Il ragionamento diagnostico è un'attività intellettuale con cui gli infermieri elaborano i dati raccolti per trarre conclusioni, identificando i problemi di interesse.

In questo processo interagiscono elementi essenziali della conoscenza, dell'esperienza e delle capacità riflessive.

# Fasi del ragionamento diagnostico

Dalla raccolta dei dati alla formulazione dei problemi:

1. **Interpretazione e collegamento dei dati:** attribuire significato e assegnare grado di rilevanza;
2. **Formulazione e verifica di ipotesi:** aggregare segni e sintomi;
3. **Definizione del problema** e della diagnosi infermieristica.

# La pianificazione

La pianificazione dell'assistenza infermieristica comprende la definizione dei problemi prioritari dei pazienti, dei risultati attesi e la selezione degli interventi da effettuare.

Nella pianificazione si **ricorre** a capacità decisionali e di soluzione dei problemi, si **selezionano** le priorità e si **propongono** una serie di interventi.

## La pianificazione (2)

L'infermiere valuta l'urgenza dei problemi e le risorse del paziente e del sistema.

Durante la pianificazione l'infermiere collabora con il paziente e la sua famiglia, con i membri dello staff assistenziale e consulta la letteratura pertinente.

La pianificazione assistenziale è dinamica e cambia se le necessità del paziente saranno soddisfatte e se si identificano nuove necessità.

# Stabilire le priorità

Per stabilire le priorità si devono classificare le diagnosi o i problemi in ordine di **importanza**, per poter organizzare le attività di cura, specie se l'utente ha più di un problema.

(Carpenito 2002)

L'infermiere si deve confrontare con il paziente se ci sono difformità nell'assegnazione delle priorità.

Le priorità vengono stabilite per aiutare l'infermiere a prevedere e a mettere in sequenza gli interventi.

# Le priorità

Le priorità vengono classificate in alta, media e bassa.

**Alta priorità:** problemi che, se non trattati, mettono a rischio la vita dei pazienti. La priorità va data ai problemi che potrebbero compromettere le funzioni vitali (sicurezza, ossigenazione ...).

Es: ipovolemia correlata a perdita ematica, rischio di abingestis

## Le priorità (2)

**Media priorità:** necessità non emergenti e che non minacciano la vita del paziente.

Es: Non aderenza al regime alimentare consigliato per ipertensione.

**Bassa priorità:** centrati sui bisogni connessi allo sviluppo o a problemi/rischi che richiedono di natura supportiva e di monitoraggio.

Es: Rischio di lesione da decubito Norton di 12.

(Saiani & Brugnolli

2013)

# Stabilire i risultati attesi

**Risultati atteso: cambiamento dello stato del pa-ziente in risposta agli interventi infermieristici.**

Il cambiamento deve essere misurabile e indicare il livello di benessere o l'indipendenza in alcune funzioni.

Definire un risultato atteso permette di valutare il raggiungimento, i risultati degli interventi e della pratica infermieristica.

# Stabilire i risultati attesi (2)

I risultati attesi devono essere:

- basati sul paziente, condivisi se possibile;
- definiti nel tempo;
- osservabili;
- misurabili;
- realistici.

## Stabilire i risultati attesi (3)

**Basati sul paziente e condivisi:** devono stabilire ciò che il paziente e la famiglia deve raggiungere. Coinvolgere l'utente ne aumenta la partecipazione e la condivisione.

**Realistici:** devono essere risultati raggiungibili considerate le condizioni e le risorse del paziente e del contesto di cura.

**Gradualità e realizzabilità**

## Stabilire i risultati attesi (4)

**Definiti nel tempo:** va definito il periodo temporale entro cui il risultato va raggiunto:

- A breve termine poche ore o in giornata;
- A medio termine una settimana;
- A lungo termine settimane o mesi.

In ambito ospedaliero, difficile pianificare risultati a lungo termine.

## Stabilire i risultati attesi (5)

**Misurabili:** i risultati attesi sono formulati per dare all'infermiere uno standard rispetto al quale misurare la risposta del paziente alle cure.

Es: entro tre giorni il paziente sarà in grado di andare da solo in bagno.

# La pianificazione assistenziale

La pianificazione degli interventi infermieristici è basata sul giudizio clinico e sulle conoscenze.

Si deve scegliere cosa fare al paziente, tra una gamma di possibili opzioni, tenendo conto della situazione del paziente, delle raccomandazioni scientifiche e utilizzando l'esperienza acquisita.

Intervento infermieristico viene definito per risolvere la natura del problema o del rischio ma anche per risolvere la causa

## La pianificazione assistenziale (2)

Definire e progettare per e con l'assistito significa considerare:

- le evidenze derivanti dalla ricerca;
- la buona pratica;
- la dimensione etico-deontologica;
- le preferenze e i valori del paziente;
- le risorse disponibili.

# Interventi infermieristici

Gli interventi si possono classificare in base **al gra-do di responsabilità** dell'infermiere e in base **alla finalità e natura** dell'intervento.

## **Grado di responsabilità:**

- Autonomi
- Dipendenti
- Interdipendenti

# Grado di responsabilità

**Autonomi:** sono gli interventi che gli infermieri, in base alla loro conoscenze e capacità, sono autorizzati a prescrivere, effettuare o attribuire al personale di supporto.

Es: istruire i pazienti su come alimentarsi, decidere se e come mobilizzare un paziente per ridurre la compressione cutanea.

## Grado di responsabilità (2)

**Dipendenti:** interventi prescritti dal medico e messi in atto dall'infermiere, generalmente includono la somministrazione di farmaci e terapie, effettuazione di test diagnostici, trattamenti diete o altre attività.

## Grado di responsabilità (3)

**Interdipendenti:** detti anche collaborativi. Attuati in collaborazione con altri professionisti sanitari.

Per un paziente con lesioni da decubito, a seconda della gravità, possono essere utili interventi medici, infermieristici e della dietista.

Gli interventi del personale di supporto vanno supervisionati dall'infermiere.

# Interventi e finalità

Gli interventi in base alla loro finalità possono essere di:

- **Monitoraggio e vigilanza** per determinare lo sviluppo di complicanze e verificare le risposte dell'assistito;
- **Prevenzione** per prevenire complicanze;
- **Soluzione e cura** finalizzati alla risoluzione del problema e/o della causa.

# Natura degli interventi

Gli interventi in base alla natura possono essere:

- educativi formali e informali ;
- di counselling per supporto emotivo.

Gli interventi infermieristici pianificati rappresentano un'istruzione su modalità e comportamenti da mettere in atto e possono essere qual-cosa che si fa per l'assistito oppure per aiutarlo ad agire autonomamente.

# Attuazione

L'attuazione **inizia** dopo aver sviluppato un piano di cure basato su diagnosi infermieristiche o problemi e bisogni di assistenza infermieristica chiari e rilevanti.

L'attuazione è un processo continuo che interagisce con tutte le fasi del processo infermieristico.

L'infermiere oltre alle conoscenze usa le precedenti esperienze cliniche per valutare l'efficacia di determinati interventi.

## Attuazione (2)

L'attuazione è la fase in cui l'infermiere svolge o attribuisce le attività necessarie al conseguimento degli obiettivi dell'assistito.

Le azioni di questa fase riguardano il:

- **rivalutare;**
- **fare;**
- **attribuire;**
- **registrare.**

## Attuazione (3)

**Rivalutare** - Rivalutazione del paziente e del piano di cure

**Fare** - Realizzare l'assistenza (riflessione, preparazione del paziente, preparazione di materiali e attrezzature) Personalizzazione dell'assistenza.

**Attribuire** - Supervisionare

**Registrare**

**Strumenti a supporto dell'attuazione assistenziale**

# Valutazione

La valutazione consente di determinare in che misura i risultati siano stati conseguiti, questo permette di decidere se concludere o revisionare il piano di cure.

La valutazione è una delle fasi più critiche del processo infermieristico, perché stabilisce l'efficacia della pratica infermieristica. L'infermiere in questa fase valuta se le tappe precedenti del processo infermieristico sono state efficaci esaminando le risposte del paziente e confrontandole con gli indicatori stabiliti per il risultato.

## Valutazione (2)

Le domande che l'infermiere si pone per valutare i risultati raggiunti sono:

Qual è la risposta del paziente all'assistenza infermieristica?

Gli interventi sono stati efficaci nel migliorare lo stato fisico ed emotivo del paziente?

Il paziente ne ha tratto beneficio?

Le aspettative del paziente sono state soddisfatte?

Fonte principale di dati è il paziente, ma anche i familiari e i segni sintomi fisici.

# Quali responsabilità?

Nel processo di pianificazione assistenziale responsabilità:

- Gestione dei processi decisionali e di valutazione necessari ad identificare i problemi di competenza;
- Definizione degli obiettivi da conseguire e scelta delle relative azioni;
- Valutazione dei risultati raggiunti;
- Aree di responsabilità degli operatori di supporto.

# Revisione dei tradizionali modelli organizzativi assistenziali

- Centralità della persona;
- Visione olistica della persona;
- Continuità assistenziale;
- Progetti di cura ed assistenza multidisciplinare.

## Revisione dei tradizionali modelli organizzativi assistenziali (2)

Nuovi modelli organizzativi con ridefinizione dei ruoli e delle responsabilità dei professionisti sanitari e degli altri operatori coinvolti nel processo di cura.



Garantire un'assistenza globale e integrata fondata sulla concreta e consapevole interazione con le diverse competenze professionali

## Revisione dei tradizionali modelli organizzativi assistenziali (3)

- Servizio più appropriato e adeguato alle esigenze dell'utenza;
- Utilizzo equo ed appropriato delle risorse;
- Adeguata valorizzazione delle risorse umane e delle diverse professionalità che operano nel sistema salute e socioassistenziale.

# Quali strumenti di integrazione?

- Job descriptions;
- Piani di lavoro e Piani di attività;
- Matrice delle responsabilità;
- Linee guida
- Protocolli;
- Procedure
- Piani assistenziali;
- Cartella infermieristica integrata con schede di accertamento, pianificazione e attribuzione di attività, scale di valutazione...

# Job description

Job  
description:  
descrizione  
breve di un  
ruolo.



# Piani di attività e di lavoro

**Piani di attività:** descrivono la sequenza ed i tempi delle azioni svolte dal personale in ogni turno.

**Piani di lavoro:** strumento utilizzato per la programmazione a breve termine (qualche settimana o mese).

# Matrice delle responsabilità

## Matrice delle responsabilità

Attività	Infermiere	OSS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Attività 1</li><li>• Attività 2</li><li>• .....</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• R</li><li>• ...</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• C</li><li>• ...</li></ul>

# Linee guida

**Raccomandazioni di comportamento clinico assistenziale** prodotte attraverso un processo

sistematico di revisione della letteratura scientifica e delle opinioni di esperti, allo scopo di

assistere sanitari e pazienti nel decidere quali siano le modalita' di assistenza sanitaria piu'

appropriate in specifiche circostanze cliniche.

## Linee guida (2)

- Funzione di supporto decisionale;
- Si concentrano sulla produzione di un risultato, consentendo una certa flessibilità su chi fa cosa;
- Lo sviluppo è sistematico, basato sulle migliori evidenze disponibili, multidisciplinare e deve coinvolgere il cittadino/utente;
- Devono avere un requisito essenziale: la forza

# Protocolli

- Indicano uno schema di comportamento diagnostico terapeutico predefinito;
- Si riferiscono ad una sequenza abbastanza pre-scrittiva di comportamenti ben definiti;
- Strumenti piuttosto rigidi che formalizzano la successione di azioni con le quali l'operatore sanitario raggiunge un determinato obiettivo;
- Hanno la finalità di garantire l'erogazione delle

## Protocolli (2)

Quando si possono o si devono sviluppare protocolli?

- Prestazioni standardizzabili e prevedibili;
- Situazioni assistenziali complesse;
- Problemi poco frequenti in una data realtà assistenziale.

# Procedura

- Successione dettagliata e logica di azioni tecnico /operative più o meno rigidamente definite;
- Consente di uniformare attività e comportamenti poco discrezionali;
- Per la professione infermieristica possono rappresentare l'unità elementare del processo assistenziale.

# Piani assistenziali

- I piani assistenziali proposti dalla letteratura infermieristica sono standardizzati;
- Di vari livelli;
- Hanno l'obiettivo di integrare una parte del del processo infermieristico personalizzato;
- Sono necessariamente affiancati da procedure infermieristiche.