

**PIANO ASSISTENZIALE STANDARD  
PER LA PERSONA ASSISTITA ADULTA RICOVERATA IN STRUTTURA MEDICA**

Diagnosi infermieristica	Obiettivi	Interventi	Valutazione in base agli obiettivi
<p><b>1)ANSIA</b></p> <p>correlata a minaccia reale all'integrità biologica secondaria a</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- malattia</li> <li>- procedure invasive</li> <li>- procedure pre-intra-post operatorie</li> <li>- processo del morire</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> lieve/moderata</p> <p><input type="checkbox"/> grave*</p> <p><input type="checkbox"/> panico*</p>	<p><b>La persona assistita:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> descriverà la propria ansia e le modalità per far fronte ad essa</li> <li><input type="checkbox"/> manifesterà le sue preoccupazioni agli operatori sanitari</li> <li><input type="checkbox"/> riferirà di <ul style="list-style-type: none"> <li>• sentirsi meno ansiosa</li> <li>• conoscere e saper far fronte al suo percorso diagnostico / terapeutico (autonomamente o con l'aiuto del caregiver)</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>A) Garantire rassicurazione e comfort:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) accogliere la persona e orientarla circa la stanza e l'ambiente circostante anche attraverso la consegna di un opuscolo informativo tratto dalla carta dei servizi</li> <li>2) spiegare i regolamenti e le abitudini del reparto</li> <li>3) ascoltare consentendo alla persona di parlare, piangere....; parlare in modo lento e tranquillo, usando frasi brevi e semplice, trasmettere un senso di comprensione empatica (per esempio presenza silenziosa, contatto fisico, ...)</li> </ol> <p><b>B) Informare/Spiegare:</b> (con valutazione del livello di conoscenza e delle cognizioni errate):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) le procedure diagnostico/terapeutiche e/o procedure pre-post operatorie (descrivere le sensazioni che il paziente può avvertire e chiarire eventuali dubbi, informare sulla gestione del dolore)</li> <li>2) eventuali opuscoli consegnati</li> <li>3) se necessario, spiegare l'applicazione garantita di procedure e protocolli inerenti la sicurezza del paziente (es. lavaggio mani, prev. cadute, scheda terapeutica unica, prev. infezioni ospedaliere ecc)</li> </ol> <p><b>C) Garantire il programma di insegnamento</b> (insegnare abilità di fronteggiamento del/dei suoi problemi di salute)</p> <p><b>D) Facilitare l'interazione tra medico e paziente</b> circa le informazioni sulla situazione clinica</p> <p><b>E) *</b> Garantire la procedura per l'eventuale valutazione psicologica/psichiatrica da parte degli specialisti</p>	<p><b>La persona assistita</b></p> <p>nell'arco di 2-3-5-7 (in base alla durata della degenza):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- descrive la propria ansia e le modalità che mette/metterà in atto per far fronte ad essa</li> <li>- è in grado di manifestare le sue preoccupazioni agli operatori sanitari</li> <li>- si mostra <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ meno ansiosa</li> <li>▪ collaborante</li> </ul> </li> <li>- conosce le risposte a fronte di domande inerenti il suo percorso diagnostico terapeutico (autonomamente o con l'aiuto del caregiver)</li> </ul>
<p><b>2)SINDROME DA DEFICIT DELLA CURA DI Sé:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Deficit nel provvedere da solo alle pulizie personale e di curare il proprio aspetto</li> <li>2) Deficit nel vestirsi da solo</li> </ol> <p>Correlato a problemi sensoriali, cognitivi di mobilità, di resistenza e di motivazione.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Il paziente svolgerà le attività di igiene personale secondo il proprio grado di autonomia</li> <li>2) La persona dimostrerà una maggiore capacità di vestirsi oppure comunicare o direttamente o tramite il caregiver di avere bisogno che qualcuno l'aiuti nell'esecuzione di questa attività</li> <li>3) La persona si alimenterà autonomamente o con supporto assistenziale</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) - In relazione alla situazione del paziente (completamente indipendente, richiede aiuto di ausili, necessita di aiuto minimo, necessita di supervisione, necessita di assistenza totale) si stabiliscono le misure di intervento adattandovi continuamente gli aiuti <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorire la cura autonoma e consapevole del suo aspetto e dare la necessaria assistenza ove occorre</li> <li>- Assicurare la privacy</li> <li>- Assicurarsi che il campanello di chiamata sia a portata di mano del paziente e che funzioni</li> <li>- Mantenere calda la stanza da bagno; accertare qual è la temperatura dell'acqua che la persona preferisce</li> <li>- Fornire il materiale per l'igiene ed eventuali ausili</li> <li>- Monitoraggio continuo dell'avvenuta esecuzione delle pratiche igieniche</li> <li>- Garantire la sicurezza del paziente applicando la procedura aziendale di "Prevenzione e gestione delle cadute"</li> </ul> </li> <li>2) -Assicurare la privacy durante la routine del vestirsi e spogliarsi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promuovere l'utilizzo di biancheria personale ma allo stesso tempo funzionale alle attività di assistenza e di qualità idonea</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Si riscontra un adeguato livello di igiene personale del paziente con riduzione progressiva dell'intervento degli operatori fino all'autonomia</li> </ol> <p style="text-align: center;">Oppure</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Si riscontra un adeguato livello di igiene personale del paziente</li> <li>2) La persona ha acquisito una parziale capacità nel vestirsi</li> <li>3) La persona indossa abiti puliti ed idonei</li> </ol>
<p><b>3) RISCHIO ELEVATO DI NUTRIZIONE ALTERATA</b> correlata a diminuzione dell'appetito secondaria a trattamenti, affaticamento ambiente modificazioni dietetiche, aumento del fabbisogno proteico e vitaminico per la guarigione.</p>	<p>La persona avrà un'assunzione giornaliera di nutrienti corrispondente al suo fabbisogno giornaliero</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rilevare il peso del paziente all'ingresso e almeno ogni 7 gg</li> <li>- Spiegare la necessità di adeguato consumo di nutrienti</li> <li>- Individuare i cibi graditi dalla persona</li> <li>- Garantire un'atmosfera rilassata e la possibilità di socializzare durante i pasti</li> <li>- Compatibilmente con le attività assist.li eliminare odori /visioni sgradevoli dalla zona dedicata al ristoro</li> <li>- Mettere i pazienti allettati nella posizione più confortevole possibile ma sicura e predisporre tutti gli ausili per facilitare l'assunzione del pasto e aiutare la persona nell'assunzione in caso sia necessario</li> <li>- Consentire al paziente di assumere il pasto secondo i propri tempi riscaldando le pietanze più volte durante il pasto se necessario</li> <li>- Consultare il dietista per stabilire il fabbisogno calorico giornaliero appropriato nonché la tipologia di alimenti da assumere</li> <li>- Monitorare quantità/qualità cibo assunto</li> <li>- Esortare la persona all'utilizzo di protesi dentale in caso sia necessaria</li> <li>-Assicurare una buona igiene orale</li> </ul>	<p>Il paziente si alimenta secondo le indicazioni del proprio fabbisogno calorico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- autonomamente</li> </ul> <p>Oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- con aiuto</li> </ul>

Diagnosi infermieristica	Obiettivi	Interventi	Valutazione in base agli obiettivi
<p><b>4)RISCHIO ELEVATO DI STIPSI,</b> correlato a modificazione dell'assunzione di liquidi e di alimenti, delle abitudini ( mancanza di privacy) e del livello di attività, ad effetti di farmaci e stress emotivo</p>	<p>La persona evacua almeno 3 volte alla settimana</p> <p>La persona limiterà l'utilizzo di lassativi</p>	<p>Eliminare o ridurre i fattori contribuenti la stipsi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- incoraggiare una maggiore assunzione di cibi ricchi di scorie e di liquidi (se non controindicato dal regime terapeutico)</li> <li>- incoraggiare la deambulazione</li> </ul> <p>Monitorare la frequenza del numero di evacuazioni nella cartella infermieristica</p> <p>Garantire la privacy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- utilizzo del paravento se il paziente è allettato</li> <li>- se possibile far uscire dalla stanza gli altri pazienti</li> <li>- offrire la padella e/o la comoda se la persona non è in grado di andare in bagno</li> <li>- rispettare i tempi della persona</li> </ul> <p>Garantire la sicurezza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- posizionare il campanello di chiamata in modo tale che sia facilmente accessibile</li> </ul> <p>Eventuale esecuzione di clisteri a piccolo volume</p> <p>Eventuale somministrazione di lassativi prescritti</p> <p>Registrare l'avvenuta evacuazione: colore, consistenza quantità ed eventuali altre qualità</p> <p>Se necessario raccolta campione feci per esami</p>	<p>La persona evacua almeno 3 volte alla settimana</p> <p>Le feci presentano caratteristiche di normalità</p>
<p><b>5) RISCHIO ELEVATO DI INFEZIONE</b> Correlato a</p> <p>Compromissione delle difese dell'ospite secondaria a patologie/</p> <p>Trattamenti terapeutici</p>	<p>Il paziente non dimostrerà segni e sintomi di infezioni / infiammazioni</p>	<p>Assicurare le Procedure che mirano a ridurre l'ingresso dei microorganismi all'interno dell'organismo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lavaggio mani, tecniche asettiche per gestione CV – CVC, CVP, ferita chirurgica e drenaggi</li> <li>- utilizzo corretto dei disinfettanti (come da prontuario aziendale), dispositivi medico chirurgici, utilizzo dispositivi monouso/monopaziente,</li> <li>- igiene personale</li> <li>- sorveglianza igiene ambientale e microclima</li> </ul>	<p>Il paziente non presenta segni e sintomi legati alle infezioni correlate all'assistenza</p>
<p><b>6)RISCHIO ELEVATO DI COMPROMISSIONE DELL'INTEGRITA' CUTANEA</b> correlato a prolungata compressione tissutale associata con la riduzione della mobilità, ad aumentata fragilità della cute associata a edemi declivi, a diminuita perfusione tissutale, a malnutrizione e a incontinenza urinaria e fecale</p>	<p>La persona assistita, durante il periodo di ricovero, manterrà l'integrità cutanea. Se collaborante, parteciperà alla valutazione del rischio ed esprimerà la volontà di partecipare alla prevenzione</p>	<p>1) VALUTAZIONE CUTANEA ALL'INGRESSO o comunque entro 8 ore.</p> <p>a) VALUTAZIONE: Tutte le p.a. saranno esaminate all'ingresso per la presenza di fattori di rischio predisponenti ad alterazioni dell'integrità cutanea mediante la compilazione della Scala di Braden (vedi allegato). La rivalutazione verrà effettuata <b>ogni sette giorni o ad ogni cambiamento clinico.</b></p> <p>b) ISPEZIONE : ispezionare le prominenze ossee e le pliche cutanee per evidenza di eritemi, arrossamenti o soluzioni di continuo.</p> <p>c) REGISTRAZIONE: riportare le informazioni raccolte nella documentazione infermieristica.</p> <p>2) APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO DI PREVENZIONE</p> <p>Se il paziente è a rischio (Scala di Braden ≤ 16) attuare il protocollo aziendale PGSGQ15 (vedi diagnosi 2 Compromissione della mobilità, diagnosi 3 incontinenza fecale, urinaria funzionale o totale, diagnosi 4 nutrizione alterata inferiore al fabbisogno)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a)Alleviare la compressione (utilizzare scheda di posizionamento)</li> <li>b)Limitare la forza elastica trasversale/la frizione</li> <li>c)Valutare lo stato nutrizionale (scheda)</li> <li>d)Provvedere alla cura della cute</li> <li>e)Gestire l'incontinenza</li> </ul>	<p>L'integrità cutanea sarà evidenziata dall'assenza di eritemi e dall'assenza di soluzioni di continuo. della cute.</p>

Diagnosi infermieristica	Obiettivi	Interventi	Valutazione in base agli obiettivi
<p>7) <b>ALTERAZIONE DEI PROCESSI FAMILIARI</b>, correlato ad alterazione delle abitudini, modificazioni delle responsabilità di ruolo e affaticamento associato a maggior carico di lavoro e ad esigenze delle ore di visita</p>	<p>La persona assistita e i membri della famiglia esprimeranno i loro sentimenti relativi alla diagnosi e al ricovero in ospedale, e identificheranno risorse appropriate alle quali fare ricorso all'occorrenza</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Avvicinare i familiari esplorando la percezione della situazione da parte dei membri della famiglia.</li> <li>2) Accertare la loro attuale risposta emotiva allo stress del ricovero in ospedale</li> <li>3) Osservare le dinamiche dell'interazione p.a. - famiglia durante le visite</li> <li>4) Determinare se l'attuale meccanismo di coping della famiglia è efficace</li> <li>5) Promuovere i punti di forza della famiglia e se necessario aiutare la famiglia a fare appello alla rete sociale</li> <li>6) Incoraggiare i familiari a continuare a seguire i loro abituali metodi di presa delle decisioni, coinvolgendo il paziente quando è il caso</li> <li>7) Facilitare l'accesso della famiglia, contribuendo a favorire visite regolari</li> <li>8) Identificare i meccanismi di coping disfunzionali (negazione, sfruttamento, abuso di sostanze, abusi)</li> <li>9) Indirizzare la famiglia ai servizi territoriali e ad altre fonti di assistenza emotiva ed economica, secondo le necessità</li> </ol>	<p>Il paziente ed i familiari</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- esprimeranno i propri sentimenti rispetto al ricovero in ospedale,</li> <li>- dimostreranno: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) di aver individuato le risorse a cui fare ricorso</li> <li>b) un adattamento alla situazione e ai cambiamenti che il ricovero ha comportato</li> </ul> </li> </ul>
<p>8) <b>RISCHIO ELEVATO DI GESTIONE INEFFICACE DEL REGIME TERAPEUTICO</b>,  Correlato a complessità di tale regime, riduzione della degenza, insufficiente conoscenza del trattamento e/o ostacoli alla comprensione secondaria a barriere linguistiche, deficit cognitivi, difetti uditivi e/o visivi, ansia e mancanza di motivazione</p>	<p>La persona assistita/caregiver</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descriverà i principali aspetti del processo patologico</li> <li>- comportamenti da adottare per la cura/trattamento terapeutico/riabilitazione</li> <li>• Esprimerà l'intenzione di metterli in atto</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identificare i bisogni di educazione terapeutica <ul style="list-style-type: none"> <li>- all'ingresso</li> <li>- a metà ricovero</li> <li>- in dimissione</li> </ul> </li> <li>2) Definire il piano educativo (nel campo cognitivo e gestuale) formulando obiettivi a breve/medio/lungo termine ed eventuale utilizzo di specifiche schede</li> <li>3) Realizzare il piano di educazione terapeutica coinvolgendo la persona assistita e possibilmente un caregiver</li> <li>4) In caso di dimissioni protette verso strutture residenziali/ADI trasmettere copia della documentazione educativa con livello di raggiungimento degli obiettivi al fine della continuità assistenziale</li> </ol> <p>F</p>	<p>Il paziente/caregiver</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• descrivono i principali aspetti del processo patologico</li> <li>- comportamenti da adottare per la cura/trattamento terapeutico/riabilitazione</li> <li>• esprimono l'intenzione di metterli in atto</li> </ul>
<p>9) <b>DISTURBO DEL MODELLO DI SONNO</b> correlato ad ambiente sconosciuto e rumoroso, cambiamento dei riti al momento di coricarsi, stress emotivo e modificazioni del ritmo circadiano</p>	<p>La persona assistita, durante il ricovero, riferirà un equilibrio soddisfacente tra attività e riposo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Conoscere le esigenze e le abitudini della p.a. rispetto al sonno (età, stile di vita, livello di attività, ecc)</li> <li>2) Creare un ambiente idoneo per favorire un buon riposo: assicurare una buona areazione, ridurre il rumore e l'illuminazione,</li> <li>3) Garantire il comfort della persona (sistemazione del letto, igiene personale ecc)</li> <li>4) Programmare le procedure infermieristiche in modo da ridurre al minimo la necessità di svegliare la persona assistita</li> <li>5) Stimolare le attività diurne (deambulazione, lettura ecc)</li> <li>6) Prendere in considerazione interventi atti a ridurre l'ansia</li> </ol> <p>Prendere in considerazione l'eventuale necessità di prescrizioni farmacologiche</p>	<p>La persona assistita riferirà di aver dormito e di sentirsi riposata</p>
<p>10) <b>RISCHIO ELEVATO DI SOFFERENZA SPIRITUALE</b>, correlato a separazione dal sistema di sostegno religioso, mancanza di privacy o impossibilità di praticare riti spirituali</p>	<p>la persona assistita si dirà soddisfatta della propria condizione spirituale</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Conoscere il credo religioso o spirituale della persona assistita</li> <li>2) Conoscere le comunità religiose presenti sul territorio</li> <li>3) Informare la p.a. ed i suoi familiari circa i servizi religiosi presenti nell'ambito ospedaliero</li> <li>4) Verificare eventuali conflitti tra credo religioso della p.a. e pratiche ospedaliere (alimentazione, terapie ecc)</li> <li>5) Consultare il mediatore culturale se necessario</li> <li>6) Garantire, per quanto sia possibile, la privacy e la tranquillità per lo svolgimento dei riti spirituali</li> <li>7) Contattare un leader spirituale o il cappellano dell'ospedale se la persona o i familiari lo desiderano</li> </ol>	<p>La p.a., compatibilmente con il suo quadro clinico, manterrà le pratiche spirituali abituali che non sono dannose per la salute</p>