

METODOLOGIA CLINICA INFERMIERISTICA

Il problem solving

A.A. 2025-2026

Dr.ssa Rosita Reale

**Il nursing è una combinazione unica di arte
(prendersi cura) e scienza (conoscenza e processo
scientifico)**

**che si applica nel contesto delle relazioni interpersonali
allo scopo di favorire il benessere, prevenire la malattia e
ripristinare lo stato di salute nei singoli individui, nelle
famiglie e nella comunità”**

Martha Rogers, 1970

“ Il nursing è il trattamento delle reazioni umane a problemi potenziali o in atto”.

A.N.A. (American Nurses Association)

Standard of clinical nursing practice 1980

NURSING

Modo di pensare dell'infermiere

+

Ciò che l'infermiere fa quando assiste

=

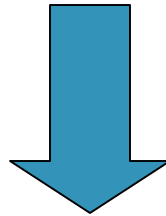
PROCESSO DI NURSING

=

**Approccio mentale ed operativo che l'infermiere
utilizza durante il proprio lavoro**

Il processo di nursing è una
metodologia che restituisce
centralità ai bisogni della persona e
dà spazio alla professionalità e
all'intelligenza dell'infermiere.

L'adozione del processo di assistenza infermieristica, nel Sistema Sanitario Italiano, è una condizione ineludibile sul piano professionale e normativo



ARTICOLO 1 PROFILO DELL'INFERMIERE
(D.M. Sanità 739/1994)

Il processo di assistenza:
“è il metodo clinico dell’assistenza
infermieristica, basato sull’applicazione
sistematica del ***Problem Solving*** ai problemi
di salute di competenza infermieristica”

(tratto da “Introduzione alle scienze infermieristiche” Motta, 2002)

Le capacità mentali usate nel Processo di Nursing

- PROBLEM-SOLVING
- PENSIERO CRITICO
- PRENDERE DECISIONI – decision making

PENSIERO CRITICO

GLI INFERMIERI SI DIFFERENZIANO DAL
PERSONALE TECNICO PERCHE'
PRENDONO DECISIONI CLINICHE

DECISIONE CLINICA = giudizio che include:
pensiero critico, pensiero riflessivo,
applicazione di logica scientifica e pratica
(Benner 1984)

PENSIERO CRITICO

- È un processo cognitivo attivo e organizzato, usato per esaminare attentamente il proprio pensiero e quello degli altri. (Chaffree, 2002)
- Riconoscere l'esistenza di una questione, analizzare le informazioni e dare una valutazione per arrivare a delle conclusioni. (Settersten e Lauer, 2004)

PENSIERO CRITICO

- Richiede non solo competenze cognitive ma anche l'abitudine a porre domande, a informarsi in modo accurato, a essere sinceri di fronte ai propri pregiudizi personali e a essere sempre disposti a riconsiderare e pensare con chiarezza ai problemi riscontrati (Facione, 1990)

PENSIERO CRITICO

- Gli infermieri che utilizzano il pensiero critico durante l'attività clinica pongono l'accento sulla risoluzione dei problemi e sul processo decisionale, piuttosto che sul trovare soluzioni rapide e frettolose

(Kataoka-Yahiro e Saylor, 1994)

PENSIERO CRITICO

Per trasferire le conoscenze teoriche del nursing all'esercizio professionale è necessario utilizzare il

PENSIERO CRITICO:

**ATTIVITA' MENTALE INTENZIONALE,
MEDIANTE LA QUALE SI ELABORANO
E SI VALUTANO IDEE E SI FORMULANO
GIUDIZI**

PENSIERO CRITICO

- I processi di pensiero critico generali comprendono il metodo scientifico, la risoluzione dei problemi e il prendere decisioni cliniche
- Le competenze specifiche del pensiero critico nella pratica clinica includono il ragionamento diagnostico, la deduzione clinica e l'assunzione di decisioni
- Nell'infermieristica comprendono anche il processo di assistenza infermieristica

PROBLEM SOLVING

Metodi:

- SCIENTIFICO
- INTUIZIONE
- PER TENTATIVI ED ERRORI

METODO SCIENTIFICO

PROBLEM SOLVING

- Origina dall'impostazione galileana
- L'Italia viene a conoscenza di q.sto metodo negli anni '80
- Metodo scientifico di risoluzione dei problemi
- Processo di identificazione di un problema, pianificazione e attuazione delle fasi per risolverlo
- Processo utilizzato quando si percepisce una discrepanza tra una condizione esistente (ciò che sta avvenendo) e la situazione auspicata (ciò che dovrebbe avvenire) – (Strader 1992)

FASI DEL PROBLEM SOLVING

- Riconoscere e definire il problema
- Raccogliere informazioni sul problema
- Analizzare i dati e formulare le ipotesi
- Individuare soluzioni ed elaborare un piano d'azione
- Attuare il piano d'azione
- Valutare il piano e le azioni per assicurarsi della sua efficacia
- Conclusione

PROBLEM SOLVING

Si attua quando si percepisce una **discrepanza** tra una condizione esistente (**quello che accade**) e la condizione auspicata (**quello che dovrebbe avvenire**)



PROBLEMA

PROBLEMA

- ❑ *Un evento, una condizione che si discosta dalle nostre aspettative (situazione di riferimento)*
- ❑ *Si tende a raggiungere un traguardo, una meta, un obiettivo, ma il percorso è complesso, non automatico*
- ❑ *Non vi è soluzione immediata per il raggiungimento di un'aspettativa*
- ❑ *In campo infermieristico è la mancata soddisfazione di un bisogno*

PROBLEM SOLVING: **DEFINIRE IL PROBLEMA**

1. Descriverlo in modo preciso, senza contraddizioni interne
2. Raccogliere dati per circoscrivere il problema
3. La persona che affronta il problema deve avere qualche possibilità di risoluzione
4. Il problema deve presentarsi frequentemente
5. Deve avere un impatto importante : sociale , economico o personale

PROBLEM SOLVING: **DEFINIRE L'OBIETTIVO**

- Si esprime con una breve frase che indica il risultato da raggiungere
- Si deve indicare il SOGGETTO, UN VERBO D'AZIONE , LE CIRCOSTANZE (come, quando,ecc)

Deve essere :

- ✓ REALIZZABILE = azione possibile nel tempo e con i mezzi disponibili
- ✓ OSSERVABILE = rilevabile con i sensi
- ✓ MISURABILE = rilevabile con strumenti numerici

PROBLEM SOLVING: **DEFINIRE L'OBIETTIVO**

- PERTINENTE = coerente con la soluzione del problema
- LOGICO = non ci devono essere contraddizioni interne
- PRECISO = non usare termini che hanno più significati o sono generici.
- Non si devono usare verbi che indicano azioni o concetti generali.

NO = sapere , comprendere , rendersi
conto

SI = ripetere , descrivere , elencare,
schematizzare , analizzare, ecc

Problem solving:

IDENTIFICARE LE CAUSE DEL PROBLEMA

- Fase importante
- E' determinata dalla conoscenza approfondita del problema e dal nesso CAUSA /EFFETTO
- Capacità deduttiva
- Se non vi sono conoscenze sufficienti si devono raccogliere ulteriori dati

Problem solving:

SCEGLIERE LA CAUSA PRINCIPALE

- Rimuovere la causa principale
- Se il problema è determinato da più cause si procede:
 - rimuovendo una causa alla volta indicando i criteri di priorità
 - scegliendo la causa che ne determina altre

Problem solving:

ELENCARE LE POSSIBILI SOLUZIONI

- Utilizzare la strategia di RISOLVERE PROGRESSIVAMENTE
- Mettere in atto la capacità creativa
- Uscire dalle soluzioni routinarie , consolidate dalle abitudini

Problem solving:

DECIDERE I CRITERI DI VALUTAZIONE

- Es.: fattibilità, risorse economiche, costi , risorse umane e/o materiali disponibili
- Alcuni criteri sono obbligatori, altri auspicabili
- Si possono dare dei punteggi per ogni criterio

criterio

- Elemento che permette di *dare un giudizio valutativo* e di *misurare* la qualità di un determinato aspetto dell'assistenza infermieristica.
- Gli vengono dati indistintamente i seguenti nomi: *dato, item, variabile, parametro, indice, indice operativo, elemento*

indicatore

- Elemento che consente di rendere operativo il criterio.
- Possono assumere varia forma:
- Numerici (frequenze, tassi, rapporti)
- Si/no

standard

- Valore di un criterio che indica il confine fra una qualità *accettabile* ed una qualità *inaccettabile*.
- Il livello è stabilito in maniera arbitraria dal gruppo di valutazione; è spesso assimilato alla *norma ottimale*

Problem solving:
SCEGLIERE LA SOLUZIONE

- E' condizionata dai criteri scelti
- Si valuta ogni proposta , ipotizzando lo scenario futuro

Problem solving:

ATTUARE LA SOLUZIONE

- Il progetto si trasforma in azione
- Nell'attuazione si valuta continuamente la corrispondenza tra reale ed ipotizzato

Problem solving: **VALUTARE I RISULTATI**

- **Obiettivo raggiunto?**
- **Valutare aspetti da modificare.....**

IL PROCESSO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

È un approccio infermieristico per identificare, diagnosticare e trattare le risposte umane alla salute e alla malattia
(ANA 2003)

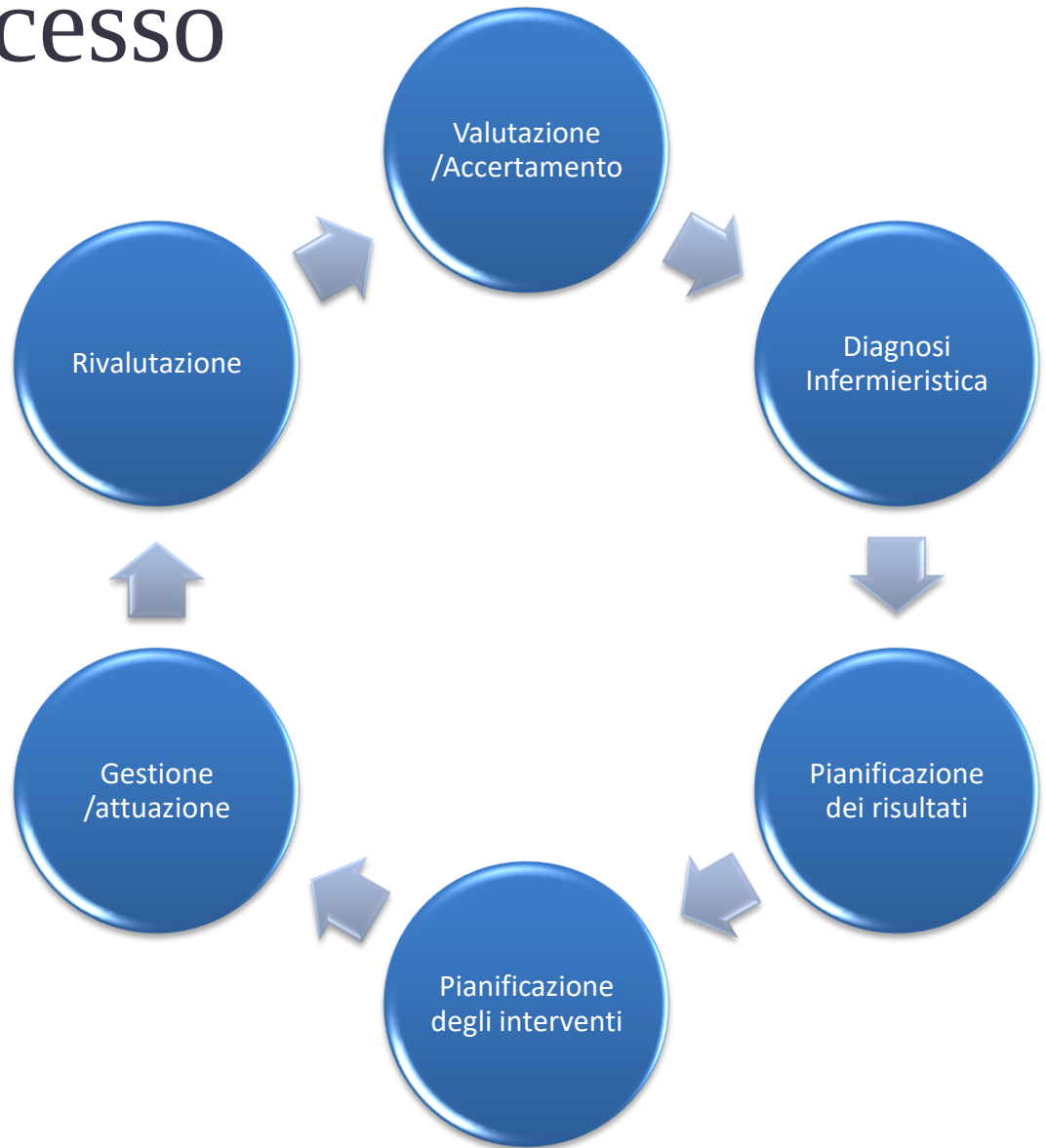
Le sue fasi vengono apprese, in ambito teorico, in modo lineare ma è continuo, infatti è nella pratica che si impara a destreggiarsi tra le fasi

(Potter et al, 2005)

IL PROCESSO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

- E' un processo in fasi pianificate, azioni volte a soddisfare i bisogni e a risolvere i problemi della persona.
- E' un procedimento logico e sistematico per risolvere i problemi della persona in modo competente
- E' un approccio scientifico per la risoluzione dei problemi assistenziali della persona.
- Per l' INFERMIERE è un approccio clinico decisionale composto da 6 fasi

Le fasi del processo di assistenza infermieristica



FASI DEL PROCESSO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Fasi	Attività
Accertamento	Raccolta e organizzazione e validazione dei dati
Diagnosi Infermieristica	Identificazione del problema e sue cause
Pianificazione dei risultati	Stabilire le priorità, identificare i risultati e stabilire gli obiettivi
Pianificazione degli interventi	Selezionare gli interventi infermieristici (scrivere il piano di assistenza infermieristica)
Attuazione	Realizzazione del piano assistenziale
Valutazione dei risultati	Valutazione dell'efficacia del piano, del raggiungimento degli obiettivi

Accertamento

- E' la raccolta sistematica dei dati rilevanti

Obiettivo:

Acquisire un quadro completo delle condizioni dell'assistito al fine di poterlo aiutare

Tipi di accertamento

- ACCERTAMENTO INIZIALE/GLOBALE: modelli funzionali di Gordon, modello testa-piedi, modello dei sistemi corporei
- ACCERTAMENTO MIRATO/CONTINUO/MONITORAGGIO: su un aspetto specifico
- ACCERTAMENTO D'URGENZA/EMERGENZA: crisi
- ACCERTAMENTO FOLLOW-UP/RIVALUTAZIONE: confronto

Accertamento

- Il DATO è un elemento che **deve essere registrato**. Deve essere descrittivo, preciso, completo.
- I dati non comprendono interpretazioni o giudizi.
- I dati possono essere :
 - **OGGETTIVI**
 - **SOGGETTIVI**
 - **RACCOLTI DA FONTE PRIMARIA**
 - **RACCOLTI DA FONTI SECONDARIE**

Accertamento

OGGETTIVI: dati obiettivi, segni

- Dati rilevabili da persona diversa dall'assistito
- **Esempi:** frequenza cardiaca, diuresi, colorito cutaneo, ecc...

SOGGETTIVI: dati latenti, sintomi

- Non sono né misurabili né osservabili
- Includono pensieri, convinzioni, sensazioni, sentimenti.
- **Esempi:** dolore, nausea, vertigine, tristezza, felicità, prurito, ecc...

Accertamento

Fonte primaria:

solo l'assistito

Fonte secondaria:

tutte le altre fonti

**Ad esempio: persone vicine
all'assistito, documentazione
sanitaria, comunicazioni da
altri operatori**

Accertamento

I dati possono essere raggruppati in categorie:

- DATI ANAGRAFICI
- MOTIVO DI ACCESSO ALLE CURE
- ANAMNESI
- STILE E AMBIENTE DI VITA
- ESAME DELLA FUNZIONALITA' DEI SISTEMI CORPOREI
- STORIA SOCIALE/FAMILIARE, RUOLO/RELAZIONI
- INFORMAZIONI EMOTIVE, TOLLERANZA ALLO STRESS E MECCANISMI DI DIFESA
- BENESSERE SPIRITUALE, VALORI CREDENZE
- ASPETTATIVE DEL PAZIENTE

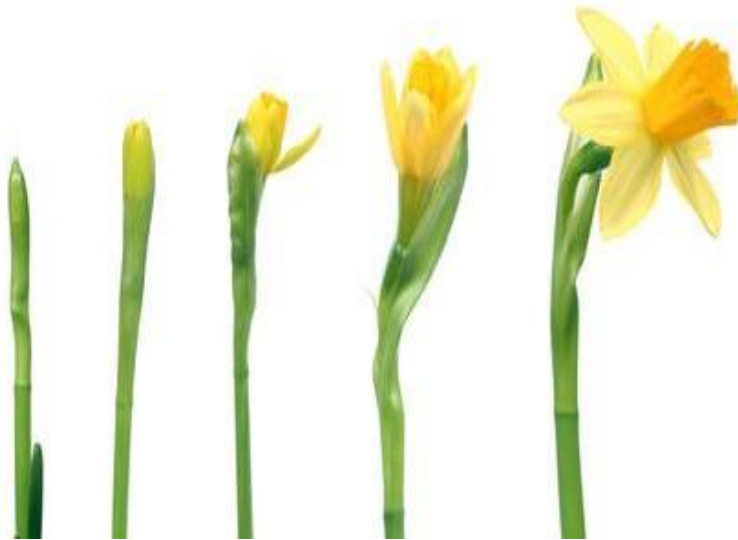
Accertamento

Le risposte come rami condurranno
ad altre domande
e osservazioni che porteranno
a inferenze, altre domande...



Accertamento

SAPERE COME INDAGARE E COMPORRE LE
DOMANDE E' UN'**ABILITA'** CHE CRESCE CON
L'**ESPERIENZA**



MODELLI FUNZIONALI DELLA SALUTE

- Di Marjori Gordon
- Metà anni 70
- 11 modelli: di percezione e gestione della salute, nutrizionale e metabolico, di eliminazione, di attività e di esercizio fisico, di riposo e di sonno, cognitivo e percettivo, di percezione di sé- concetto di sé, di ruoli e di relazioni, di sessualità e di riproduzione, di coping e di tolleranza allo stress, di valori e di convinzioni

MODELLI FUNZIONALI DELLA SALUTE

- La descrizione e la valutazione dei modelli della salute consentono all'infermiere di identificare i **modelli funzionali** quali punti di forza e **modelli disfunzionali** espresse come diagnosi infermieristiche

MODELLI FUNZIONALI DELLA SALUTE

Malattia, trattamenti e risposta della persona
modificano i modelli



MODELLI DISFUNZIONALI

ACCERTAMENTO PER MODELLI

- Durante l'accertamento l'infermiere deve stimolare la persona a riferire i propri modelli sia attuali che pregressi.
- I modelli sono fra loro interconnessi, interagenti ed interdipendenti.

Un esempio: **Modello Cognitivo-Percettivo**: l'infermiere domanderà se l'utente ha difficoltà di udito osserverà se utilizza un apparecchio acustico valuterà la comprensione del linguaggio e dell'italiano

MODELLI FUNZIONALI DELLA SALUTE

- Accertamento dei modelli: anamnesi infermieristica e esame fisico
- Anamnesi (domande) infermieristica: intervista all'assistito e alle persone a lui vicine
- Esame (osservazioni) fisico: osservazione e tecniche di ispezione

Metodi di raccolta dati

- Osservazione
- Esame fisico
- Intervista

Osservazione

E' l'uso consapevole e intenzionale delle funzioni sensoriali per raccogliere dati dalla persona assistita

Entrando in stanza dell'assistito possiamo/dobbiamo rilevare:

- Segni di sofferenza (pallore, sudorazione, difficoltà respiratoria, pianto, ecc...)
- Rischi per la sicurezza (comodino lontano, pavimento bagnato, ecc...)
- Strumentazione e presidi (sacca di raccolta urine, pompa infusoriale, erogatore dell'ossigeno, ecc...)

Esame fisico infermieristico

E' un accertamento sistematico degli apparati dell'organismo

Vari approcci:

- «Modello testa-piedi»: si comincia dalla testa, collo e poi si scende
- «Modello per sistemi e apparati»: prima respiratorio, cardiocircolatorio, ecc.. Utile seguire sempre lo stesso ordine.

Esame fisico infermieristico

Tecniche utilizzate:

- **Ispezione:** viene effettuata mediante la vista (occhio nudo o strumenti), es: colorito cutaneo.
- **Auscultazione:** si effettua attraverso l'udito es: rumori respiratori (rantoli, sibili), rumori addominali (peristalsi)
- **Percussione:** consiste nel colpire la superficie corporea con la punta delle dita per provocare suoni e vibrazioni. Consentono di capire se una cavità è piena di liquido o aria (ad esempio la cavità addominale)
- **Palpazione:** utilizza il tatto, frequenza e caratteristiche del polso, edemi, ecc...
- **Valutazione olfattiva:** si serve dell'olfatto per identificare alcune caratteristiche (es. alitosi nei bimbi con acetone)

Scopi dell'esame fisico

- Ottenere dati oggettivi circa lo stato di salute del paziente.
- Integrare le informazioni ottenute dall'anamnesi del paziente.
- Raccogliere dati utili per dare un giudizio clinico.
- Pianificare l'assistenza in modo personalizzato
- Valutare gli esiti degli interventi infermieristici attuati.
- Valutare gli esiti delle cure.

Ispezione

Si serve della *vista* e dell'*udito* per evidenziare le anomalie del paziente.

Va ispezionata ogni area prendendo in considerazione:

- dimensione,
- forma e colore,
- simmetria,
- posizione e anomalie.

Confrontare ogni area ispezionata con la stessa area dell'altro lato del corpo.

Se necessaria utilizzare una fonte di luce adeguata.

Palpazione

si applica per valutare:

- posizione, struttura, consistenza, forma e mobilità' di un organo o di una massa.
- temperatura, umidita', turgore, spessore, dolorabilita'.

La palpazione puo' essere:

- **superficiale:** premere dolcemente in profondità fino a circa 1 cm.
- **profonda:** si utilizza una pressione maggiore, comprimendo l'area da esaminare con molta accortezza, fino ad una profondità di 2-4 cm.

Palpazione superficiale



Figura 3-1 ■ Posizione della mano per la palpazione superficiale.



Berman, Snyder, Jackson
NURSING CLÍNICO
Tecniche e procedure di Kozier
EdiSES

Palpazione profonda



Figura 3-2 ■ Posizione delle mani per la palpazione bimanuale profonda.



Berman, Snyder, Jackson
NURSING CLÍNICO
Tecniche e procedure di Kozier
EdiSES

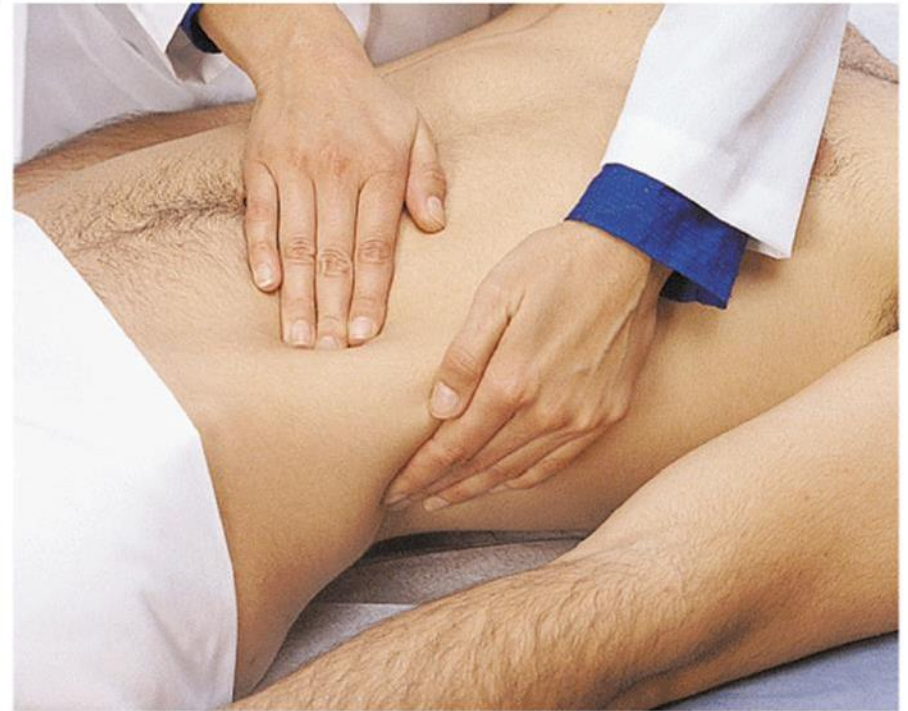


Figura 3-3 ■ Palpazione profonda usando la mano inferiore per sostenere il corpo mentre la mano superiore palpa l'organo.



Berman, Snyder, Jackson
NURSING CLÍNICO
Tecniche e procedure di Kozier
EdiSES

Percussioni

Consiste nel percuotere tramite l'uso dei polpastrelli la superficie del corpo, con piccoli colpi ripetuti al fine di produrre una vibrazione che si propaga nei tessuti.

Il tipo di suono prodotto permette di determinare la localizzazione, la dimensione, la densità delle strutture sottostanti. (Liquido o aria)

Percussione diretta ed indiretta



Figura 3-4 ■ Percussione diretta. Usare una mano per percuotere la superficie del corpo.

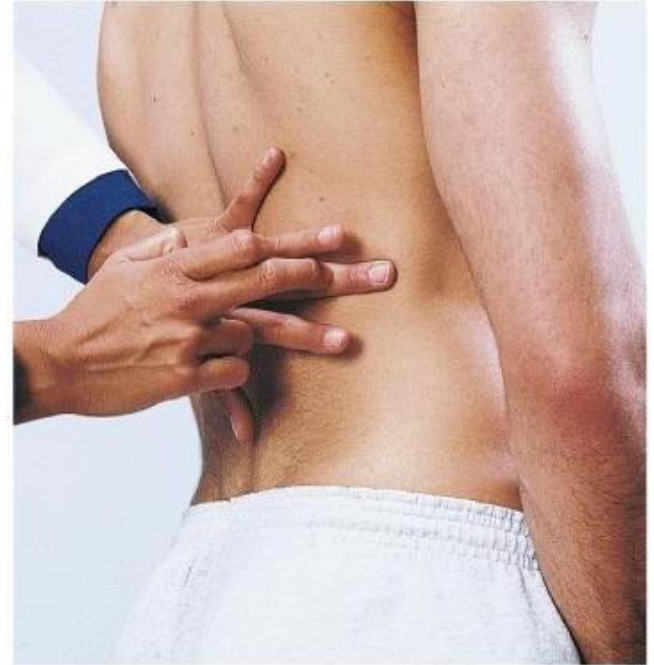


Figura 3-5 ■ Percussione indiretta. Usare il dito di una mano per percuotere il dito dell'altra mano.

Percussione

TABELLA 3–2 Suoni e toni di percussione

SUONO	INTENSITÀ	TONO	DURATA	QUALITÀ	ESEMPIO DI LOCALIZZAZIONE
Netto	Lieve	Alto	Breve	Soffocato	Muscolo, osso
Ottuso	Medio	Medio	Moderato	Sordo	Fegato, cuore
Risonante	Forte	Basso	Lungo	Cavo	Polmone normale
Ipperrisonante	Molto forte	Molto basso	Molto lungo	Rimbombante	Polmone enfisematoso
Timpanico	Forte	Alto	Moderato	Musicale	Stomaco pieno di gas (aria)



Berman, Snyder, Jackson
NURSING CLINICO
Tecniche e procedure di Kozier
Edises

Auscultazione

Permette di udire i suoni prodotti dagli organi e apparati.

Può avvenire con l'orecchio ma nella maggior parte dei casi è utile l'utilizzo del fonendoscopio.

Valutazione olfattiva

Nell' esaminare un paziente, si deve familiarizzare con la natura e la fonte degli odori corporei.

Permette di rilevare anomalie che non verrebbero alla luce in nessun altro modo.

L'intervista

L'intervista infermieristica è un colloquio mirato e strutturato

Obiettivo: è quello di raccogliere dato soggettivi utili al ragionamento clinico

L'intervista

- Conversazione direttiva (strutturata) o non direttiva, con l'assistito (colloquio)
- Ci si presenta e ci si prepara leggendo la documentazione dell'assistito
- Si stabilisce un rapporto
- Si intuiscono i problemi e le preoccupazioni della persona
- Si determinano obiettivi e aspettative
- Si individuano le aree da indagare ulteriormente

Guida all'intervista

- **Prepararsi:** leggere la documentazione, stabilire obiettivi, non avere fretta
- **Creare un ambiente adatto:** chiamare l'assistito per nome e presentarci
- **Raccogliere i dati:** non meccanicamente ma seguendo i segnali dell'assistito
- **Usare tecniche di comunicazione efficace:**
 - Parlare in prima persona (ho bisogno di sapere)
 - Non usare termini affettuosi (cara, nonna)
 - Usare un linguaggio comprensibile
 - Non dare consigli e non giudicare
 - Mantenere equilibrio tra domande aperte e chiuse
 - Non interrompere l'assistito

L'intervista

E' composta da 4 fasi:

1. Preparatoria
2. Introduttiva
3. Mantenimento
4. Conclusiva



L'intervista: fase preparatoria

- Prima di incontrare l'assistito
- Azioni di questa fase aiutano ad assicurare che l'intervista sia il più produttiva possibile

L'intervista: fase introduttiva *o di orientamento*

- Ci si presenta, specificando il ruolo
- Si illustra lo scopo dell'intervista
- Si spiega il “perché” della raccolta dei dati
- Si rassicura l'assistito sulla confidenzialità
- Si stabilisce un rapporto di fiducia, si attribuisce all'assistito un ruolo attivo, lo si mette a “suo agio”



Si inizia dalla raccolta dei dati anagrafici

L'intervista: fase di mantenimento *o di lavoro*

- Infermiere e assistito lavorano insieme per raggiungere lo scopo
- Ci si concentra sugli obiettivi
- Strategie utilizzate: ascolto attivo, uso di parafrasi, sintesi, osservazione del non verbale
- Abilità necessarie: concentrazione, ordine e calma

L'intervista: fase conclusiva o *terminale*

- Far capire che l'intervista volge al termine “ancora un ultima cosa...tra due minuti la lascio libero...”

Mantiene l'attenzione, conduce l'interlocutore al momento di
“porre domande”

- Concludere amichevolmente sottolineando quando ci si rivedrà

L'intervista

- L'infermiere dirige, durata 10-15 min
- Si acquisiscono informazioni (inf./pz.)
- Bisogna creare l'ambiente, ascoltare e considerare le informazioni
- I dati saranno soggettivi, da validare con dati oggettivi
- Permette di osservare le interazioni con la famiglia e l'ambiente sanitario, la comunicazione non verbale

Analisi e interpretazione

Raccolte le informazioni:

si analizzano e interpretano i dati, organizzandoli in gruppi, focalizzandosi sulle funzioni che necessitano di sostegno, mettendoli a confronto con gli standard e giungendo a una conclusione

“identificazione di diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi”

Raggruppamento dati = insieme di segni e/sintomi che l'infermiere aggrega in modo logico

Documentare i dati

- E' l'ultima parte dell'accertamento completo
- deve essere: tempestivo, completo, accurato, sintetico, descrittivo e preciso (no generalizzazioni e giudizi)
- è la registrazione dell'accertamento e l'interpretazione di un problema
- si registrano dati oggettivi e soggettivi (*quest'ultimi tra virgolette*)
- le conclusioni diventeranno diagnosi infermieristiche
- *l'osservazione e la registrazione dello stato della persona è una responsabilità giuridica e professionale*

Buono studio!

Se qualcosa non è chiaro, potete
scrivermi:
rosita.reale@uniupo.it

