

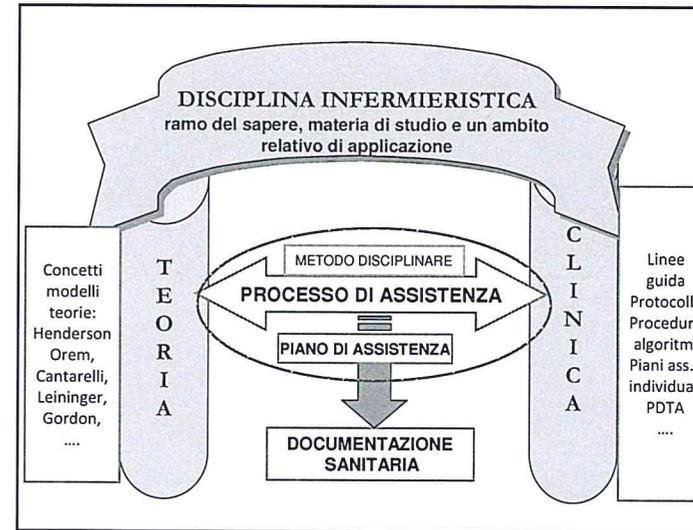
Ordine delle Professioni Infermieristiche di  
Forlì-Cesena e Ravenna



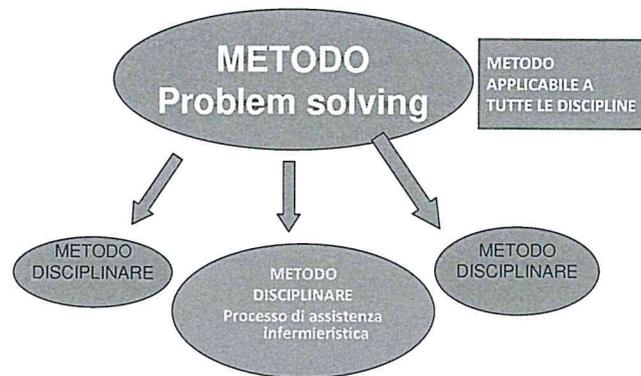
*“Aspetti concettuali e metodologici:  
il processo di assistenza  
infermieristica, le fasi del processo di  
assistenza infermieristica”*

Parte 1

Docente: Dott.ssa Carla Cortini



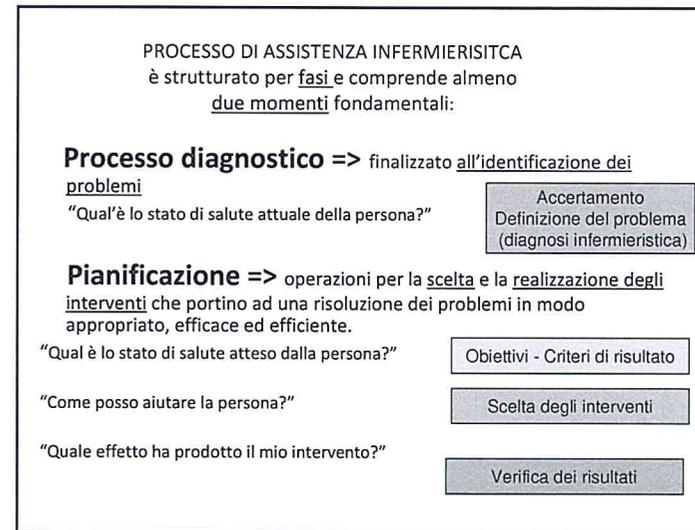
Dal **Metodo** (Problem Solving)  
al **metodo disciplinare** (processo di assistenza infermieristica)



PROCESSO DI NURSING o PROCESSO DI ASSISTENZA  
INFERMIERISTICA: caratteristiche

- Offre risposte **globali e personalizzate** a singole persone o a un gruppo,
- E' l'approccio **mentale e operativo** che l'infermiere utilizza per compiere le attività in modo scientifico e sistematico.
- E' **flessibile ed adattabile** alle diverse situazioni e a tutte le età
- E' **dinamico e ciclico**

Per poter svolgere la sua funzione il processo di nursing deve essere **formalizzato per iscritto**.



### 1- ACCERTAMENTO dei dati - raccolta

QUALI DATI	COME	DA CHI	QUANDO
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ anagrafici</li> <li>❖ familiari</li> <li>❖ lavorativi</li> <li>❖ anamnesi fisiol. ,patol.</li> <li>❖ aspetto fisico</li> <li>❖ Malattia/e</li> <li>❖ reazioni all' ospedalizz.</li> <li>❖ 11 modelli funzionali/ 14 bisogni, ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Osservazione Esame fisico USO DI SCALE DI VALUTAZIONE</li> <li>● Intervista- Colloquio</li> <li>● Dati strumentali/ laboratoristici</li> </ul>	FONTE PRIMARIA ➤ Assistito  ➤ FONTI SECONDARIE ➤ Familiari ➤ Membri dell'equipe ➤ Documentazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ All'accettazione</li> <li>✓ durante la degenza</li> <li>✓ Durante le prestazioni</li> <li>✓ continuo</li> </ul>

## Come raccogliere i dati

- Osservazione
- Esame fisico/obiettivo
- Utilizzo di **scale di valutazione** (BRADEN – BARTHEL – GLASGOW – MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT – ecc.)
- **Intervista** (metodo SOLER)  
Intuizione (istinto ed esperienza)



## OSSERVAZIONE

USO CONSAPEVOLE E INTENZIONALE DELLE FUNZIONI SENSORIALI PER RACCOGLIERE DATI ANCHE CON L'AUSILIO DI STRUMENTI.

ENTRANDO NELLA STANZA:

- osservare segni di sofferenza, pallore, comportamento, colorito rumori resp ecc.
- osservare se l'assistito è in sicurezza.
- Presenza di presidi e il loro corretto funzionamento.
- presenza di famigliari e loro rapporto

Metodi: esame testa piedi – per apparati

## INTERVISTA INFERMIERISTICA

### Colloquio mirato e strutturato allo scopo di raccogliere dati per l'anamnesi infermieristica

dati anagrafici, motivo della visita/ricovero, patologie in atto e pregresse, autonomia nelle ADL, risorse famigliari e sociali, stile di vita, concetto di sé e percezione del proprio stato, aspettative, care giver.....

## INTERVISTA INFERMIERISTICA.....

- **Prepararsi** (presentarsi, garantire privacy, ambiente tranquillo, non avere fretta, aver letto la documentazione, SOLER)
- **Porre domande** (chiare, iniziare con il sintomo principale o domande aperte, lasciare gli argomenti personali e complessi per ultimo)
- **Non compilare meccanicamente il modulo** (seguire i segnali dell'assistito, approfondire o passare ad altro)
- *Esempio: come si sente? Mi racconti cosa è successo? Ha difficoltà di respiro?*

## metodo SOLER

- **S** (Sit or stand) → Sedere o stare in piedi di fronte alla persona ed esprimere interesse
- **O** (Open posture) → Mantenere una postura aperta e disponibile
- **L** (Lean forward) → Protendersi in avanti verso la persona
- **E** (Eye contact) → Stabilire e mantenere un contatto visivo
- **R** (Relax) → Essere sereni per esprimere senso di vicinanza

## ....INTERVISTA INFERMIERISTICA

### Usare tecniche di comunicazione efficaci

- Non usare termini come «nonno/a, nonnetto»
- Non usare il **noi**, ma parlare in prima persona
- Usare un linguaggio comprensibile all'assistito
- Non parlare in modo puerile
- Non essere intrusivi
- Rispettare i silenzi dell'assistito
- Dare feed back (Capisco...Sì... , Prosegua)

## 2-VALIDAZIONE

### I dati vanno controllati e verificati

- per capire se sono completi, attendibili e reali
- per eliminare i propri pregiudizi, e per evitare di trarre conclusioni sbrigative, premature ed erronee

Validare i dati che non concordano fra loro, affermazioni diverse in momenti diversi,..

## 3-ORGANIZZAZIONE

È necessario raggruppare/aggregare i dati



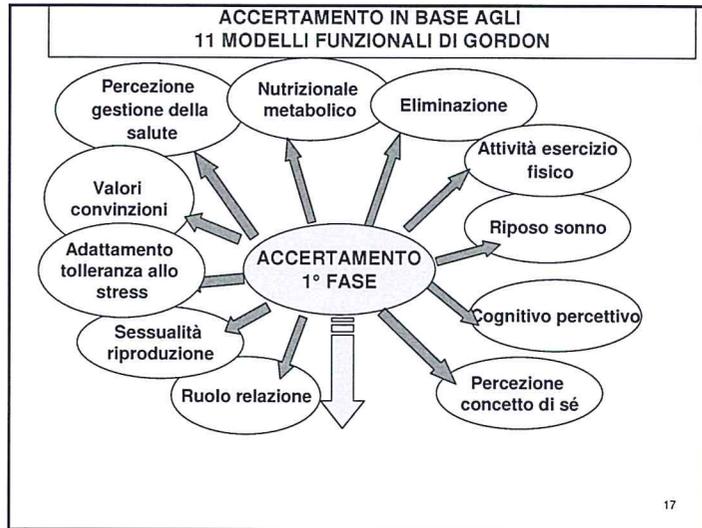
### MODELLO CONCETTUALE DI RIFERIMENTO

- Per l'accertamento globale vengono utilizzate schede standard basate sul modello concettuale di riferimento.

Alcuni esempi:

Bisogni di Henderson, Cantarelli, cura di sé Orem

Modelli funzionali della salute di Gordon



### Organizzazione dei dati

- **Strumenti => Scale di valutazione:**
  - » Scala di Braden,
  - » Mini Nutritional Assesment
  - » Glasgow Coma Scale
  - » Scala NRS del dolore
  - » Indice di Barthel

Non sostituiscono la valutazione clinica

- **Vantaggi di questa modalità di organizzazione dei dati:**
  - Lettura oggettiva e confrontabile dei fenomeni
  - Linguaggio comune
  - Omogenea valutazione quali-quantitativa dell'assistenza

strumenti per la continuità e l'omogeneità assistenziale

### 4-REGISTRARE I DATI

- «TUTTO CIO' CHE NON E' SCRITTO NON E' STATO FATTO»

PERCHE'? Per rendere accessibile i dati per uso legale, continuità dell'assistenza

Quali supporti?

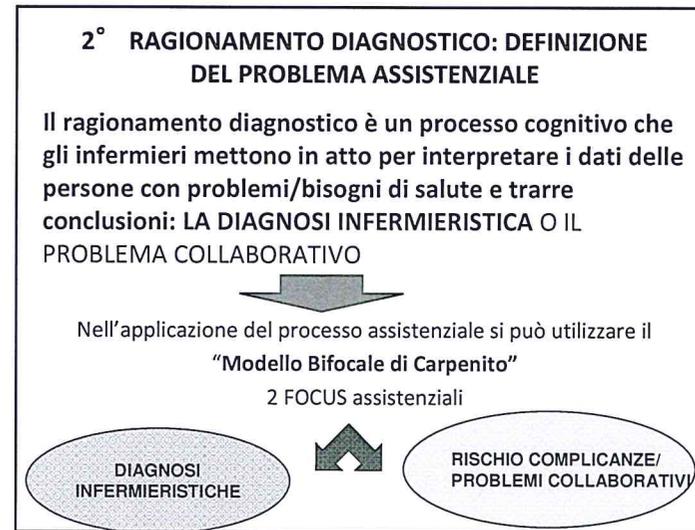
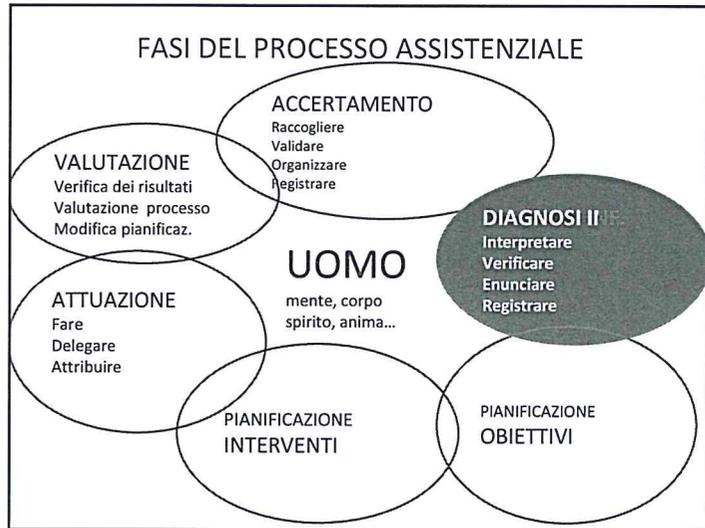
- cartella infermieristica
- cartella integrata
- Cartella informatizzata



Scrivere in modo leggibile ed ordinato  
 Usare solo abbreviazioni in uso e concordate  
 Scrivere in modo completo e accurato  
 Dati soggettivi riportando le parole dell'assistito  
 Evitare espressioni vaghe  
 Utilizzare termini scientifici  
 No cancellina SU SUPPORTI CARTACEI

tracciabilità





### CONCETTO DI DIAGNOSI

dal greco *dià* = attraverso

*gnosis* = conoscenza

*"La diagnosi infermieristica è un giudizio clinico riguardante le risposte della persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute /processi vitali attuali e potenziali.*

*Le diagnosi infermieristiche costituiscono la base sulla quale decidere gli interventi infermieristici finalizzati a conseguire dei risultati di cui l'infermiere è responsabile*

"NANDA- I 2009

Attualmente le diagnosi infermieristiche approvate sono **244**

NANDA-I 2018 - 2020

### TIPI DI DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

DI Promozione della salute	Non vi sono problemi, l'assistito desidera aumentare il proprio livello di benessere e di realizzare il proprio potenziale di salute
DI Potenziale (Rischio)	Problema che può insorgere, sono presenti fattori di rischio
DI Reale	Problema in atto, sono presenti segni e sintomi
DI a Sindrome	Problemi complessi, comprende gruppo di DI reali e potenziali

## DIAGNOSI INFERMIERISTICA

Ogni Diagnosi Infermieristica si compone di due o tre parti:

- **PROBLEMA**
- **EZIOLOGIA** = correlato a fattori
  - Fisiopatologici
  - Trattamenti
  - Situazionali
  - Ambientali
  - Fasi maturative

Realmente presenti  
o fattori di rischio

- **SEGNI E SINTOMI**: che si manifesta con....

Solo diagnosi reali

Metodo PES

**D.I. REALE 3 parti**: *Stipsi (0011) correlata a insufficiente apporto di fibre c.s.m. intervalli di evacuazioni > a 5 giorni*

**D.I. DI RISCHIO 2 parti**: *Rischio di volume dei liquidi insufficiente (00028) correlata a perdite eccessive (diarrea)*

## Sintassi di una diagnosi infermieristica

Ogni diagnosi ha 4 componenti:

- ❖ **TITOLO**,
  - ❖ **DEFINIZIONE**,
  - ❖ **CARATTERISTICHE DEFINENTI**
  - ❖ **FATTORI CORRELATI O FATTORI DI RISCHIO**
- **Titolo**: termine o frase concisa che descrive il problema o rischi identificati dell'assistito/famiglia/comunità.
  - **Definizione**: esprime la natura del titolo diagnostico
  - **Caratteristiche definenti**: per le DI reali sono i segni e sintomi; per quelle di rischio sono i fattori di rischio.
  - **Fattori correlati o di rischio** sono le condizioni associate al problema; ovvero influenzano, precedono, contribuiscono o causano un problema. Possono essere di natura biologica, psicologica, sociale, evolutiva connesse ad un trattamento. Uno stesso fattore potrebbe rientrare nella correlazione di diversi problemi.
- Es: *inefficace liberazione delle vie aeree c/a secrezioni eccessive e dense csm con tosse inefficace, rumori respiratori, dispnea*
  - Es: *deficit della cura di sé bagno (00108) c/a astenia csm incapacità di accedere alla stanza da bagno*

## PROBLEMI COLLABORATIVI ⇒ Carpenito

“Determinate complicanze di cui gli infermieri rilevano l'eventuale insorgenza o cambiamento. Gli infermieri gestiscono i problemi collaborativi con interventi di prescrizione medica o infermieristica finalizzati a limitarne le conseguenze” Carpenito 1999

Complicanze di una malattia o di un trattamento

Esempio:

- ICTUS ⇒ Rischio di Complicanza (RC) Ipertensione endocranica
- ASPIRAZIONE TRACHEALE ⇒ Rischio di Complicanza Ipossia
- INTERVENTO CHIRURGICO ⇒ Rischio di Complicanza Emorragia

## PROBLEMI COLLABORATIVI

- Gli interventi infermieristici che gli infermieri gestiscono in autonomia sono focalizzati al **MONITORAGGIO** di segni e sintomi allo scopo di **IDENTIFICARE PRECOCEMENTE CAMBIAMENTI DELLA SITUAZIONE CLINICA E DI RIDUZIONE DELLE COMPLICANZE AD ESSO CONNESSE**
- L'infermiere per il trattamento o la prevenzione collabora con altri professionisti
- Le azioni infermieristiche autonome si concentrano sul monitoraggio delle insorgenze del problema

## Problema collaborativo

- Ipossemia
- Emorragia
- Iperensione arteriosa
- Trombosi venosa profonda
- Anemia
- Ipoglicemia
- Iperglicemia
- .....

Interventi infermieristici autonomi

MONITORAGGIO di segni e sintomi per IDENTIFICARE PRECOCEMENTE CAMBIAMENTI DELLA SITUAZIONE CLINICA E DI RIDUZIONE DELLE COMPLICANZE AD ESSO CONNESSE

## MODELLO CARPENITO

**DIAGNOSI INFERMIERISTICA**

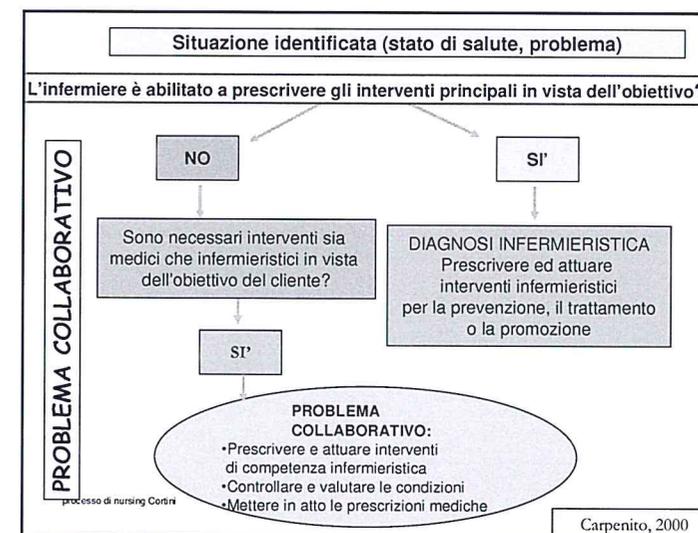
Responsabilità diretta sui risultati

Infermiere prescrittore

**PROBLEMA COLLABORATIVO/RC**

Responsabilità sui risultati delle singole azioni

Infermiere collaboratore



DIAGNOSI MEDICHE E DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

DIAGNOSI MEDICHE/Trattamenti	DIAGNOSI INFERMIERISTICHE
Epatite virale	Rischio di trasmissione di infezioni... Nutrizione inferiore al fabbisogno.... Gestione inefficace della salute..
Diabete mellito	Rischio di lesione..... Nutrizione superiore al fabbisogno Paura.....
Chemioterapia	Alterazione della mucosa del cavo orale- .... Nausea... Vomito.....

Tassonomia II NANDA-I 2018-2020

- Organizzate in 13 DOMINI e 47 classi

Esempio:

DOMINIO	CLASSE	CODICE diagnosi infermieristica	TITOLO DIAGNOSTICO
Nutrizione	Ingestione	00103	Deglutizione compromessa
		00234	Rischio di sovrappeso
	metabolismo	00179	Rischio di glicemia instabile
	Idratazione	00195	Rischio di squilibrio elettrolitico

DEFINIRE LA PRIORITA' DEI PROBLEMI  
DA TRATTARE SULLA BASE DI CRITERI  
DI GRAVITA', URGENZA DI  
TRATTAMENTO, COMPLESSITA'

3° FASE DEL PROCESSO ASSISTENZIALE



### 3° Fase PIANIFICAZIONE RISULTATI

**Un obiettivo o risultato atteso descrive le risposte che ci si aspetta che l'assistito raggiunga a seguito degli interventi attuati**

Sono enunciati che descrivono il comportamento misurabile del cliente o della famiglia, della comunità che denota uno stato favorevole dopo l'erogazione dell'assistenza infermieristica  
(Alfaro, 1998)

### Stabilire i risultati attesi (obiettivi)

I risultati attesi devono essere:

- basati sulla persona e se possibile condivisi con la stessa (devono stabilire ciò che il paziente deve raggiungere)
- definiti nel tempo (breve, medio, lungo termine)
- osservabili
- misurabili
- realistici (raggiungibili)

### TASSONOMIA NNN

### Nursing Outcome Classification (NOC)

- Elenco di 330 risultati riferiti all'individuo, famiglia, comunità.
- STRUTTURA: 7 DOMINI – 31 CLASSI (a-z A-Z)
- Contengono DEFINIZIONI, INDICATORI (comportamenti concreti) E SCALE DI VALUTAZIONE (1 - 5)
- i risultati sono neutri, non specificano la condizione a cui si tende a differenza dell'obiettivo
- permettono di valutare la condizione in qualsiasi istante nel tempo

### Obiettivi per le diagnosi infermieristiche

Devono contenere:

- **Soggetto** CHI? → L'assistito
- **Verbo** QUALE AZIONE? (azioni osservabili)
- **Condizione** IN CHE MODO?
- **Criterio di risultato** QUANTO BENE? (misura attesa del comportamento)
- **Tempo** QUANDO?

- ↻ *Il sig Rossi perderà 2.5 Kg entro il 20 dicembre.....*
- ↻ *L'assistito sarà in grado di iniettarsi la dose prescritta di insulina, utilizzando la tecnica asettica, prima della dimissione*
- ↻ *La sig. Neri camminerà fino in fondo al corridoio con il deambulatore due volte al giorno.*

I criteri di risultato possono specificare :  
QUANTITA', QUALITA', VELOCITA', DISTANZA, ATTENDIBILITA'

MODELLO CARPENITO

Nel Rischio di complicanze /problemi collaborativi i risultati/obiettivi sono:

- la prevenzione del problema,
- la sua identificazione precoce, per gestione/trattamento tempestivi

Il **sogetto è l'infermiere** che "Identificherà, gestirà e ridurrà al minimo la complicanza"

PROBLEMA COLLABORATIVO

- L'identificazione delle complicanze potenziali legate a patologie o trattamenti diagnostici o terapeutici

Problema collaborativo

- Prevenire e controllare l'insorgere delle complicanze o la loro evoluzione

Gli obiettivi che l'infermiere deve perseguire

- Mezzi e metodi per ridurre al minimo le complicanze

Gli interventi: monitoraggio e interventi preventivi + prescritti dal medico.

(L'INFERMIERE COLLABORA)

Pianificazione Obiettivi

MODELLO CARPENITO

D.I. reale ⇒ risoluzione, riduzione del problema o prevenzione delle complicanze

INTERVENTI=> monitoraggio, azioni curative, educative, relazionali

D.I. di rischio ⇒ il problema non si sviluppa

INTERVENTI=> monitoraggio e azioni preventive tecniche, relazionali, educative

R.C. ⇒ Riconoscimento precoce del problema o sua evoluzione il problema non si sviluppa (Obiettivo condiviso)

INTERVENTI=> monitoraggio per identificare precocemente la comparsa della complicanza e azioni preventive

4° FASE PROCESSO ASSISTENZIALE



**Un intervento infermieristico è un qualsiasi trattamento basato sul giudizio clinico e sulle conoscenze che un infermiere mette in atto per migliorare lo stato di salute o per raggiungere gli esiti attesi/concordati**

**Sono azioni, attività, strategie provvedimenti**

Luisa Anna Rigon - Vicenza, 12 maggio 2012 45

## NURSING SENSITIVE OUTCOMES

- Un misurabile cambiamento nello stato di salute dell'utente correlato alle cure infermieristiche." (Marek, 1989)
- Si definiscono sensitive outcome quelli rilevanti e per i quali vi sono evidenze che dimostrano la correlazione agli interventi infermieristici" (Doran, 2003; 2011)

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/progetto-rer-nso>

## 4° fase PIANIFICAZIONE INTERVENTI

- Prima di AGIRE occorre pianificare gli interventi da attuare

QUALI INTERVENTI?

EBN - EBP

SITUAZIONE ASSISTITO

RISORSE DISPONIBILI

- Pianificare gli interventi da attuare in ordine prioritario

D.ssa Braglia

## 3b-PIANIFICAZIONE: scelta degli interventi

**Interventi autonomi:** sono quelli che gli infermieri sono autorizzati a **prescrivere, effettuare o delegare/attribuire** in base alle loro conoscenze e capacità.

**Interventi dipendenti:** sono prescritti dal medico (prescrizioni di farmaci, test diagnostici, trattamenti diete) e messi in atto dall'infermiere

- **Interventi interdipendenti:** attuati in collaborazione con altri professionisti sanitari: fisioterapisti, assistenti sociali, dietiste e medici

### NATURA DEGLI INTERVENTI

Gli interventi vengono scelti in relazione alla natura del problema, e al tipo di risultato che si vuole ottenere, possono essere:

- **OSSERVAZIONE/VALUTAZIONE** per determinare lo stato del problema, la comparsa di complicanze o per verificare le risposte dell'assistito.  
*Es. verifica livello del dolore nella scala NRS - rilevare la P.A. ogni due ore*
- **PREVENZIONE** per ridurre i fattori di rischio  
*Es. fare 6-7 respiri profondi ogni due ore - igiene orale 3 volte al giorno*
- **CURA** comprende educazione e assistenza fisica,  
*Es. pianificare con l'assistito un programma di attività fisica - posizionare il malato solo sul lato destro e supino - elevare le estremità inferiori - educare ad una dieta povera di grassi saturi*
- **PROMOZIONE DELLA SALUTE** identificare aree di possibile miglioramento  
*Es. insegnare e incoraggiare all'uso del filo interdentale - rinforzare i comportamenti corretti (astensione dal fumo, alcol, droghe)*

Ogni categoria può prevedere attività infermieristiche di:

- Educazione
- Counseling
- Supporto emotivo
- Gestione dell'ambiente
- Cura fisica

processo di nursing Cortini 11-12

TASSONOMIA NNN

## NURSING INTERVENTION CLASSIFICATION (NIC)

- 514 interventi – 1200 attività
- contengono 1 titolo, 1 definizione e un elenco di attività che sintetizzano le azioni/atti chiave dell'intervento
- Sono collegati alle diagnosi e agli obiettivi

processo di nursing Cortini 11-12



**ATTUAZIONE - GESTIONE**

- ❖ Dipende dalle altre fasi: accertamento, diagnosi, obiettivi/risultati, pianificazione interventi.
- ❖ Le azioni autonome dell'infermiere dipendono dalla dichiarazione delle precedenti fasi. Se le fasi precedenti non ci fossero l'attività assistenziale rifletterebbe solo funzioni dipendenti (esecuzione di prescrizioni mediche)
- ❖ Producono risposte dell'assistito che divengono oggetto della valutazione
- ❖ L'attuazione è un momento utile anche per continuare l'accertamento e per valutare le risposte dell'assistito

- Ho le conoscenze e le competenze per agire?
- Sono pronto per agire?
- Ho bisogno di aiuto per agire?
- Vi sono prescrizioni che appaiono inadeguate o pericolose per il paziente?
- L'assistito è stato informato?

Normativa e codice  
deontologico

Garantire sempre la sicurezza e la privacy  
Stimolare la collaborazione  
dell'assistito!!!!

### ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

L'attività di assistenza va a sua volta pianificata, organizzata e gestita in base :



1. **FARE**
2. **DELEGARE (ad altro Inf.)**  
o **ATTRIBUIRE (OSS – PERSONALE DI SUPPORTO)**
1. **REGISTRARE nella cartella**

### Strumenti a supporto dell'attuazione assistenziale

Linee guida, procedure e protocolli condividono l'obiettivo: ridurre la variabilità di comportamento ingiustificata tra gli operatori.

#### Linee guida

Linee guida per la gestione e trattamento delle ldp (Nazionale, Regionale, Aziendale)

#### Protocolli

Protocollo per il trattamento delle ldp (Unità operativa)

#### Procedure

Procedura: detersione delle ldp (Infermieri UO)

### 6° fase **Valutazione**

Attività continua, pianificata ed intenzionale in cui, assistito, familiari e sanitari stabiliscono l'efficacia del piano assistenziale, il raggiungimento degli obiettivi

Può essere: **continua** (subito dopo un intervento), **discontinua** (in momenti specifici) e **finale** (al momento della dimissione)

## Valutazione dei risultati attesi

Consente di determinare in che misura i risultati sono stati ottenuti,

L'obiettivo può essere:

- **Completamente raggiunto**
- **Parzialmente raggiunto**
- **Non raggiunto**

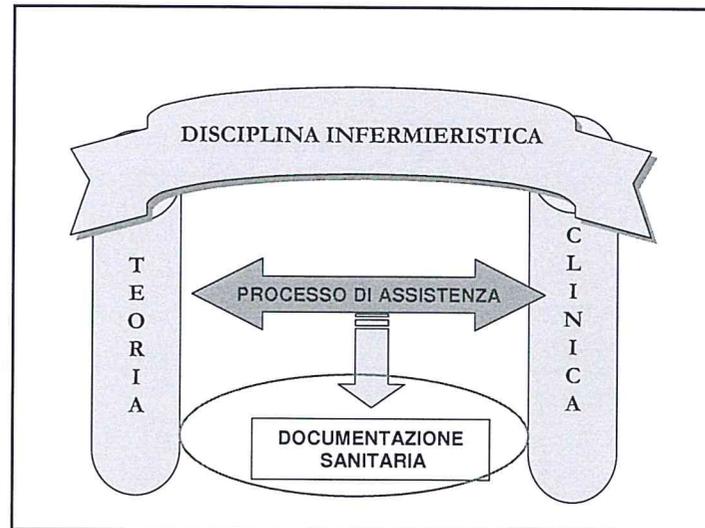


D.ssa Braglia

## OBIETTIVI NON RAGGIUNTI: cosa può essere successo?

- **Raccolta dati:** i dati non sono stati raccolti in modo corretto o sono incompleti?
- **Diagnosi infermieristica:** il problema non è stato identificato in modo corretto, oppure è subentrato un ulteriore problema non previsto?
- **Obiettivo:** l'obiettivo prefissato non è corretto, o non è realistico?
- **Pianificazione interventi:** non abbiamo ipotizzato tutti gli interventi necessari, o gli interventi scelti non erano quelli corretti?
- **Attuazione degli interventi:** sono stati eseguiti in modo non corretto?

D.ssa Braglia



## Strumenti a supporto dell'assistenza clinica

1. Strumenti di pianificazione
2. Strumenti di documentazione

D.ssa Braglia

## PIANI DI ASSISTENZA: 2 tipologie

- PIANI STANDARDIZZATI da selezionare ed adattare
  - si usano per problemi prevedibili o di routine
  - Si costruiscono sulla base di standard dell'assistenza
  - Possono essere **multidisciplinari**: percorsi critici - PDTA
  - Es: persona sottoposta a protesi totale del ginocchio
  - Es: coronarografia
- PIANI PERSONALIZZATI
  - Vengono definiti sulla base delle diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi selezionati in ordine di priorità ;
  - Si fondano sui dati di accertamento;
  - Sono utili nelle situazioni complesse: polipatologie, percorsi clinici complessi.
  - Es: *paziente diabetico e cardiopatico con infezione polmonare*
  - Es: *pancreasectomia con scompenso glicemico e malnutrizione.*

processo di nursing

MULTIDISCIPLINARI / SOLO INFERMIERISTICI

## Strumenti di documentazione

- **CARTELLA INFERMIERISTICA**
- **CARTELLA INTEGRATA con sezione dedicata**

D.ssa Braglia

## REGISTRAZIONE DELLA PIANIFICAZIONE E ATTUAZIONE

La registrazione degli interventi consente agli infermieri di:

- Condividere la gestione dell'assistenza generale infermieristica della persona
- Garantire la continuità assistenziale
- Modificare la pianificazione in funzione della valutazione dello stato di salute della persona
- Integrare gli aspetti standardizzati del percorso clinico assistenziale con la

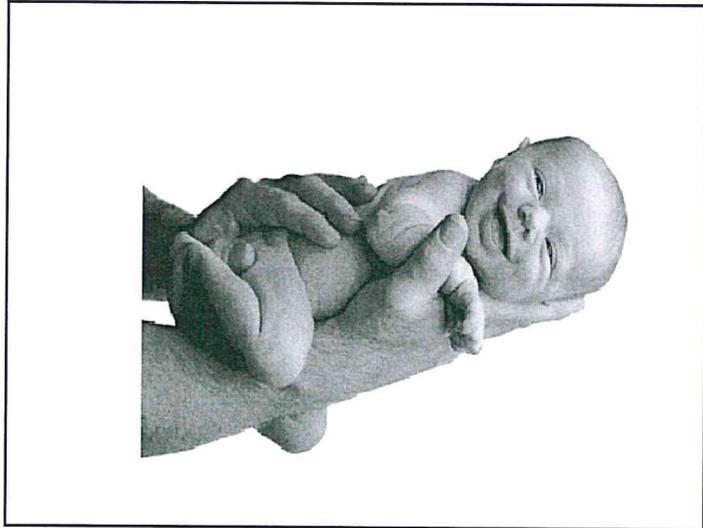
QUALE STRUMENTO PER RENDERE VISIBILE, OSSERVABILE, REALIZZABILE E CONDIVISO IL METODO DISCIPLINARE?



### LA CARTELLA INFERMIERISTICA

*“Strumento operativo progettato e gestito dall'Infermiere per garantire la pianificazione assistenziale; permette di individualizzare l'assistenza, di valutare il raggiungimento degli obiettivi, ed è fonte di dati per una verifica a lungo termine dell'attività assistenziale posta in essere dagli infermieri; garantisce inoltre la continuità e la qualità delle prestazioni infermieristiche”.*

Collegi IPASVI DELLA regione Emilia-ROMAGNA



## Bibliografia

- NANDA I, Diagnosi Infermieristiche, definizione e classificazione, 2018-2020, CEA, 2018.
- Wilkinson Judith M., Processo infermieristico e pensiero critico, CEA, 2013.
- Carpenito-Moyet Linda J., Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica infermieristica, CEA, 2010.