



NANDA INTERNATIONAL



NANDA International

DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

Definizioni e classificazione

2024–2026

tredicesima edizione

Libro con
EBOOK
e **RISORSE DIGITALI**



CASA EDITRICE AMBROSIANA

Prefazione

Negli ultimi anni stiamo vivendo numerosi cambiamenti che hanno avuto un impatto sulla pratica infermieristica a livello internazionale. La disponibilità di professionisti della salute e il costo delle cure sono le principali criticità da affrontare, così come l'incremento della domanda di assistenza che persiste dopo la pandemia da COVID-19. La crescente tecnologia e la specializzazione hanno contribuito alla complessità delle cure che non può essere completamente correlata alle problematiche delle malattie. Inoltre, stanno aumentando le attività collegate all'intelligenza artificiale, dal momento che le cartelle cliniche elettroniche sono ampiamente diffuse. Questi cambiamenti sollecitano più che mai gli infermieri a considerare lo sviluppo e l'utilizzo di un linguaggio standardizzato nell'assistenza clinica, nella formazione e nella ricerca. In effetti, è indispensabile esaminare in modo approfondito come integrare e documentare i collegamenti tra la valutazione dello stato di salute della persona assistita, gli interventi infermieristici e i risultati di salute sensibili all'assistenza infermieristica per migliorare la qualità e la sicurezza delle cure. È strategico anche analizzare come questi grandi insiemi di dati possano essere utilizzati per chiarire il ruolo specifico dell'assistenza infermieristica e il suo impatto sul sistema salute. La standardizzazione del linguaggio aumenterà la visibilità dell'assistenza infermieristica e migliorerà la comunicazione all'interno del team di cura.

In questa 13^a edizione 2024-2026, la classificazione comprende **277 diagnosi infermieristiche**, tra cui **56 nuove diagnosi**. Ogni diagnosi infermieristica è il frutto del lavoro di uno o più dei nostri numerosi volontari NANDA International (NANDA-I) e si basa su un livello di evidenza definito. Ogni nuova diagnosi, prima di essere pubblicata, è stata revisionata dai componenti del nostro Diagnosis Development Committee (DDC, Comitato per lo Sviluppo delle Diagnosi) in qualità revisori referenti e, in cieco, da esperti del contenuto specifico, e perfezionata sulla base di tali revisioni con il coinvolgimento dei professionisti infermieri che hanno proposto la diagnosi stessa. Inoltre, sono stati rivisti il sistema multiassiale della tassonomia NANDA-I e i termini utilizzati nell'ambito di ciascun asse. Ci auguriamo che la pubblicazione di queste diagnosi faciliti ulteriori studi di validazione a livello internazionale per raggiungere un maggiore livello di evidenza scientifica. Desidero incoraggiare vivamente tutti gli studenti e i ricercatori a presentare a NANDA-I i risultati delle loro ricerche sulle diagnosi infermieristiche allo scopo di ampliare il contenuto scientifico della classificazione.

La classificazione NANDA-I è attualmente tradotta in più di 20 lingue. Nel corso di questo ciclo di revisione, abbiamo continuato a incorporare termini standardizzati tratti dal database Medical Subject Headings (MeSH), della United States National Library of Medicine, per facilitare la traduzione e fornire definizioni standardizzate per i nostri indicatori diagnostici. Questa mappatura dei termini favorisce una comprensione coerente di tali indicatori diagnostici, supportando così i traduttori nel loro lavoro.

Incoraggiamo la continua revisione e il perfezionamento delle diagnosi esistenti perché riflettano le più recenti evidenze e le osservazioni ricevute dagli infermieri clinici. Per non aumentare eccessivamente le dimensioni del libro, la bibliografia a sostegno di tutte le diagnosi è disponibile online sul nostro sito: universita.zanichelli.it/nanda24. Inoltre, accogliamo sempre con favore le proposte di nuove diagnosi infermieristiche. Visitate il nostro sito web, all'indirizzo <https://nanda.org/connect-engage/committees-task-forces/diagnosis-development>, per ricevere indicazioni su come presentare le vostre proposte e i vostri commenti. Vi incoraggiamo inoltre a condividere le vostre ricerche, in corso e concluse, sulla conoscenza infermieristica e sullo sviluppo delle diagnosi infermieristiche attraverso il nostro registro di ricerca online, disponibile all'indirizzo <https://nanda.org/research-registry>. Questo indirizzo offre anche un forum per coloro che sono interessati a collaborare in relazione alla loro area di interesse.

La nostra organizzazione è giunta al sesto anno di collaborazione strategica con i nostri partner accademici, il Boston College (BC) e la Connell School of Nursing. Sotto la direzione della dottoressa Dorothy Jones, il *Marjory Gordon Program for Knowledge Development and Clinical Reasoning* ha accolto studiosi provenienti dal Brasile, dall'Italia, dalla Nigeria e dalla Spagna. Questi studiosi hanno rafforzato la nostra collaborazione internazionale nel creare una base di evidenze scientifiche per sostenere l'utilizzo del linguaggio standardizzato in tutti i Paesi. La nostra ultima conferenza, tenutasi al BC nel 2023, ha celebrato il nostro 50° anniversario come Associazione. Attendiamo con impazienza di partecipare ad altre conferenze, momenti di formazione, borse di studio post-dottorato e future opportunità che questa partnership con la BC ci offrirà. Desidero estendere la mia sincera gratitudine alla dottoressa Jones, alla preside Katherine Gregory e al preside associato Christopher Grillo per la loro collaborazione, collegialità e dedizione nel rendere questa partnership una realtà.

Desidero esprimere la mia gratitudine per il loro lavoro a tutti gli infermieri volontari di NANDA-I, ai Presidenti e ai componenti del DDC e del Consiglio Direttivo, per il loro tempo, l'impegno, la dedizione e il continuo supporto. Desidero ringraziare anche i diversi esperti dei contenuti che,

nostro lavoro NANDA-I. Desideriamo ringraziare in modo particolare Michael Wachinger per il suo impegno nel Progetto Axis, finalizzato a migliorare il nostro database, e per essere non solo il nostro responsabile editoriale ma anche un membro integrante del team. Siamo onorati di aver consegnato a Michael il premio *Unique Contribution Award* di NANDA-I, in occasione della nostra recente conferenza per il 50° anniversario, a testimonianza del suo impegno nel promuovere lo sviluppo dell'Associazione nel mondo digitale. Siamo in buone mani con Thieme come partner editoriale principale.

Siamo inoltre grati ai nostri partner che pubblicano il nostro lavoro nelle altre lingue, ai fornitori di cartelle cliniche elettroniche che riconoscono l'importanza di incorporare le terminologie infermieristiche basate sulle migliori evidenze scientifiche nella cartella clinica della persona assistita e a tutti i traduttori e revisori infermieristici che lavorano per garantire che la loro traduzione sia il più possibile fedele all'originale.

Infine, siamo grati ai nostri utenti che continuano a rivedere e sviluppare le diagnosi, a realizzare ricerche per affinarne la validità e, in ultima analisi, a migliorare la qualità delle cure alle persone e della relativa comunicazione.

Se avete domande in merito al contenuto o se trovate errori che possano essere corretti per le future pubblicazioni e traduzioni non esitate a contattarci all'indirizzo admin@nanda.org.

Con i nostri migliori saluti

T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI, FAAN
Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, FNI
Camila Takáo Lopes, PhD, RN, FNI
NANDA International, Inc.

Indice generale

Parte 1 La classificazione NANDA International: valutazione iniziale e diagnosi infermieristica

| | | |
|----------|--|----|
| 1 | Principi generali della diagnosi infermieristica | 26 |
| 1.1 | Breve introduzione alla diagnosi infermieristica | 26 |
| 1.2 | L'infermieristica come disciplina | 29 |
| 1.3 | Il processo di assistenza infermieristica | 30 |
| 1.4 | Principi della diagnosi infermieristica: introduzione | 32 |
| 1.5 | Triplice modello della pratica infermieristica di Kamitsuru | 38 |
| 1.6 | Principi della diagnosi infermieristica: comprendere i concetti infermieristici | 41 |
| 1.7 | Valutazione globale iniziale infermieristica (con narrazione biografica e accertamento) | 46 |
| 1.8 | Diagnosi infermieristica | 48 |
| 1.9 | Documentazione | 52 |
| 1.10 | Pianificazione e gestione/attuazione | 54 |
| 1.11 | Rivalutazione continua | 58 |
| 1.12 | Principi della diagnosi infermieristica: applicazione clinica | 58 |
| 1.13 | Riferimenti bibliografici | 60 |
| 2 | Dalla valutazione alla diagnosi infermieristica | 62 |
| 2.1 | Introduzione alla valutazione globale iniziale | 62 |
| 2.2 | Perché gli infermieri effettuano la valutazione globale iniziale? | 62 |
| 2.3 | Valutazione globale iniziale | 67 |
| 2.4 | Raccolta dei dati soggettivi | 69 |
| 2.5 | Raccolta dei dati oggettivi | 70 |
| 2.6 | Modelli per la valutazione iniziale | 70 |
| 2.7 | I Modelli Funzionali della Salute: una struttura concettuale per la valutazione globale iniziale | 71 |
| 2.8 | Valutazione mirata | 80 |
| 2.9 | Analisi dei dati | 81 |
| 2.10 | Raggruppamento delle informazioni/Scelta di un modello teorico | 82 |
| 2.11 | Identificazione delle potenziali diagnosi infermieristiche (ipotesi diagnostiche) | 83 |
| 2.12 | Conferma/esclusione delle ipotesi diagnostiche | 84 |
| 2.13 | Distinzione tra diagnosi infermieristiche simili | 88 |
| 2.14 | Priorità delle diagnosi infermieristiche | 91 |
| 2.15 | Riassunto | 94 |
| 2.16 | Riferimenti bibliografici | 95 |

| | | |
|----------------|--|-----|
| Parte 2 | La classificazione NANDA International: struttura e diagnosi | |
| 3 | La classificazione delle diagnosi infermieristiche NANDA International | 98 |
| 3.1 | Introduzione all'ontologia, alla classificazione e alla tassonomia NANDA-I | 98 |
| 3.2 | Organizzazione della conoscenza infermieristica | 109 |
| 3.3 | Utilizzare la tassonomia NANDA-I | 112 |
| 3.4 | Cenni storici sulla tassonomia delle diagnosi infermieristiche NANDA-I | 117 |
| 3.5 | Considerazioni internazionali sull'utilizzo delle diagnosi infermieristiche NANDA-I | 117 |
| 3.6 | Sviluppo di una diagnosi infermieristica e presentazione a NANDA-I | 120 |
| 3.7 | Glossario dei termini | 123 |
| 3.8 | Riferimenti bibliografici | 127 |
| 4 | La struttura assiale di NANDA International | 128 |
| 4.1 | Introduzione alla struttura assiale | 128 |
| 4.2 | Tassonomia II di NANDA-I: un sistema multiassiale | 128 |
| 4.3 | Definizione degli Assi | 129 |
| 4.4 | Ulteriori sviluppi | 141 |
| 4.5 | Riferimenti bibliografici | 141 |
| 5 | Organizzare le diagnosi infermieristiche all'interno della tassonomia | 143 |
| Parte 3 | La classificazione NANDA International: novità e raccomandazioni per il futuro | |
| 6 | Novità dell'edizione NANDA-I 2024-2026 | 148 |
| 6.1 | Panoramica dei cambiamenti e delle revisioni nell'edizione NANDA-I 2024-2026 | 148 |
| 6.2 | Nuove diagnosi infermieristiche | 150 |
| 6.3 | Diagnosi infermieristiche revisionate | 152 |
| 6.4 | Revisione dei titoli delle diagnosi infermieristiche | 152 |
| 6.5 | Diagnosi infermieristiche ritirate | 152 |
| 6.6 | Collaboratori che hanno contribuito allo sviluppo di nuove diagnosi o alla revisione di diagnosi esistenti | 174 |
| 6.7 | Diagnosi infermieristiche NANDA-I: standardizzazione terminologica degli indicatori diagnostici | 174 |
| 6.8 | Riferimenti bibliografici | 191 |

| | | |
|------------------|---|-----|
| 7 | Futuri miglioramenti della terminologia NANDA-I... | 192 |
| 7.1 | Priorità della ricerca | 192 |
| 7.2 | Perfezionamento e diagnosi infermieristiche da sviluppare | 193 |
| 7.3 | Riferimenti bibliografici | 199 |
| 8 | Revisione dei criteri per i livelli di evidenza (LOE, Level of Evidence Criteria) per la presentazione delle diagnosi infermieristiche NANDA-I | 200 |
| 8.1 | Introduzione | 200 |
| 8.2 | Relazione tra evidenza clinica e teoria della validità | 201 |
| 8.3 | Livelli di evidenza della validità delle diagnosi infermieristiche NANDA-I | 203 |
| 8.4 | Riferimenti bibliografici | 221 |
| | | |
| Parte 4 | NANDA International, Inc. Diagnosi infermieristiche | |
| | Dominio 1. Promozione della salute | 225 |
| Classe 1. | Consapevolezza della salute | |
| | Coinvolgimento in attività diversive ridotto | 227 |
| | Rischio di coinvolgimento in attività diversive ridotto | 228 |
| | Comportamenti sedentari eccessivi | 229 |
| | Rischio di comportamenti sedentari eccessivi | 231 |
| | Campo di energia squilibrato | 232 |
| Classe 2. | Gestione della salute | |
| | Autogestione della salute inefficace | 234 |
| | Rischio di autogestione della salute inefficace | 236 |
| | Disponibilità a migliorare l'autogestione della salute | 238 |
| | Gestione della salute della famiglia inefficace | 239 |
| | Rischio di gestione della salute della famiglia inefficace | 241 |
| | Gestione della salute della comunità inefficace | 243 |
| | Rischio di gestione della salute della comunità inefficace | 244 |
| | Rischio di autogestione inefficace del modello di glicemia | 245 |
| | Autogestione della secchezza oculare inefficace | 247 |
| | Autogestione della secchezza delle fauci inefficace | 250 |
| | Rischio di autogestione della secchezza delle fauci inefficace | 253 |
| | Autogestione della fatigue inefficace | 255 |
| | Autogestione del linfedema inefficace | 257 |
| | Rischio di autogestione del linfedema inefficace | 259 |
| | Autogestione della nausea inefficace | 261 |
| | Autogestione del dolore inefficace | 264 |
| | Disponibilità a migliorare l'autogestione del peso corporeo | 266 |
| | Autogestione del sovrappeso inefficace | 267 |
| | Rischio di autogestione del sovrappeso inefficace | 270 |

| | |
|--|------------|
| Autogestione del sottopeso inefficace | 272 |
| Rischio di autogestione del sottopeso inefficace | 275 |
| Comportamenti di mantenimento della salute inefficaci | 277 |
| Rischio di comportamenti di mantenimento della salute inefficaci | 279 |
| Comportamenti di gestione della casa inefficaci | 281 |
| Rischio di comportamenti di gestione della casa inefficaci | 283 |
| Disponibilità a migliorare i comportamenti di gestione della casa. | 284 |
| Disponibilità a migliorare il coinvolgimento nell'esercizio fisico | 285 |
| Alfabetizzazione sulla salute inadeguata | 286 |
| Rischio di alfabetizzazione sulla salute inadeguata | 288 |
| Disponibilità a migliorare l'alfabetizzazione sulla salute. | 289 |
| Disponibilità a migliorare l'invecchiamento in salute. | 290 |
| Sindrome da fragilità dell'anziano. | 291 |
| Rischio di sindrome da fragilità dell'anziano. | 293 |
| Dominio 2. Nutrizione | 295 |
| Classe 1. Ingestione | |
| Assunzione di nutrienti inadeguata | 297 |
| Rischio di assunzione di nutrienti inadeguata | 299 |
| Disponibilità a migliorare l'assunzione di nutrienti. | 301 |
| Assunzione nutrizionale proteico-energetica inadeguata | 302 |
| Rischio di assunzione nutrizionale proteico-energetica inadeguata. | 304 |
| Allattamento al seno inefficace. | 306 |
| Rischio di allattamento al seno inefficace. | 308 |
| Allattamento al seno esclusivo disturbato | 310 |
| Rischio di allattamento al seno esclusivo disturbato | 312 |
| Disponibilità a migliorare l'allattamento al seno. | 314 |
| Produzione di latte umano inadeguata | 315 |
| Rischio di produzione di latte umano inadeguata | 318 |
| Comportamenti di alimentazione del lattante inefficaci. | 320 |
| Comportamenti alimentari inefficaci del bambino | 322 |
| Comportamenti alimentari inefficaci dell'adolescente | 324 |
| Deglutizione compromessa | 326 |
| Classe 2. Digestione | |
| Questa classe non contiene ancora nessuna diagnosi | |
| Classe 3. Assorbimento | |
| Questa classe non contiene ancora nessuna diagnosi | |
| Classe 4. Metabolismo | |
| Iperbilirubinemia neonatale | 328 |
| Rischio di iperbilirubinemia neonatale | 330 |
| Classe 5. Idratazione | |
| Rischio di bilancio idrico-elettrolitico compromesso | 331 |
| Rischio di bilancio del volume di liquidi compromesso | 332 |
| Volume di liquidi eccessivo. | 333 |

| | |
|---|------------|
| Rischio di volume di liquidi eccessivo | 335 |
| Volume di liquidi inadeguato | 336 |
| Rischio di volume di liquidi inadeguato | 338 |
| Dominio 3. Eliminazione e scambi | 339 |
| Classe 1. Funzionalità urinaria | |
| Eliminazione urinaria compromessa | 341 |
| Rischio di ritenzione urinaria | 343 |
| Incontinenza urinaria associata a disabilità | 344 |
| Incontinenza urinaria mista | 346 |
| Incontinenza urinaria da sforzo | 348 |
| Incontinenza urinaria da urgenza | 349 |
| Rischio di incontinenza urinaria da urgenza | 351 |
| Classe 2. Funzionalità gastrointestinale | |
| Motilità gastrointestinale compromessa | 352 |
| Rischio di motilità gastrointestinale compromessa | 354 |
| Eliminazione intestinale compromessa | 355 |
| Rischio di eliminazione intestinale compromessa | 357 |
| Stipsi funzionale cronica | 359 |
| Rischio di stipsi funzionale cronica | 361 |
| Continenza fecale compromessa | 363 |
| Rischio di continenza fecale compromessa | 365 |
| Classe 3. Funzionalità tegumentaria | |
| Questa classe non contiene ancora nessuna diagnosi | |
| Classe 4. Funzionalità respiratoria | |
| Scambi gassosi compromessi | 366 |
| Dominio 4. Attività/Riposo | 367 |
| Classe 1. Sonno/Riposo | |
| Modello di sonno inefficace | 369 |
| Rischio di un modello di sonno inefficace | 371 |
| Disponibilità a migliorare il modello di sonno | 373 |
| Comportamenti di igiene del sonno inefficaci | 374 |
| Rischio di comportamenti di igiene del sonno inefficaci | 376 |
| Classe 2. Attività/Esercizio fisico | |
| Mobilità compromessa | 377 |
| Rischio di mobilità compromessa | 379 |
| Mobilità compromessa nel letto | 380 |
| Mobilità compromessa con la sedia a rotelle | 382 |
| Capacità di stare seduti compromessa | 384 |
| Capacità di stare in piedi compromessa | 385 |

| | |
|--|------------|
| Capacità di trasferirsi compromessa | 387 |
| Capacità di deambulazione compromessa | 388 |
| Classe 3. Bilancio energetico | |
| Tolleranza all'attività ridotta | 389 |
| Rischio di tolleranza all'attività ridotta | 390 |
| Carico di fatigue eccessivo | 391 |
| Guarigione chirurgica compromessa | 393 |
| Rischio di guarigione chirurgica compromessa | 395 |
| Classe 4. Risposte cardiovascolari/polmonari | |
| Rischio di funzionalità cardiovascolare compromessa | 397 |
| Rischio di pressione arteriosa squilibrata | 399 |
| Rischio di gittata cardiaca ridotta | 400 |
| Rischio di perfusione tissutale cerebrale inefficace. | 402 |
| Perfusione tissutale periferica inefficace. | 403 |
| Rischio di perfusione tissutale periferica inefficace. | 405 |
| Modello di respirazione inefficace | 406 |
| Ventilazione spontanea compromessa. | 408 |
| Risposta del bambino allo svezzamento dal ventilatore compromessa . . | 409 |
| Risposta dell'adulto allo svezzamento dal ventilatore compromessa. . . | 411 |
| Classe 5. Cura di sé | |
| Sindrome da capacità di cura di sé ridotta | 413 |
| Rischio di sindrome da capacità di cura di sé ridotta | 414 |
| Disponibilità a migliorare la capacità di cura di sé | 415 |
| Capacità di fare il bagno ridotta | 416 |
| Capacità di vestirsi ridotta | 418 |
| Capacità di alimentarsi ridotta | 420 |
| Capacità di curare il proprio aspetto ridotta. | 421 |
| Capacità di usare il gabinetto ridotta | 423 |
| Comportamenti di igiene orale inefficaci | 424 |
| Rischio di comportamenti di igiene orale inefficaci | 426 |
| Dominio 5. Percezione/Cognizione | 427 |
| Classe 1. Attenzione | |
| Questa classe non contiene ancora nessuna diagnosi | |
| Classe 2. Orientamento | |
| Questa classe non contiene ancora nessuna diagnosi | |
| Classe 3. Sensazione/Percezione | |
| Questa classe non contiene ancora nessuna diagnosi | |
| Classe 4. Funzionalità cognitiva | |
| Confusione mentale acuta | 429 |
| Rischio di confusione mentale acuta | 431 |
| Confusione mentale cronica | 432 |

| | |
|--|------------|
| Controllo degli impulsi inefficace | 434 |
| Processi di pensiero disturbati | 435 |
| Conoscenze sulla salute inadeguate | 437 |
| Disponibilità a migliorare le conoscenze sulla salute. | 439 |
| Memoria compromessa | 440 |
| Processo decisionale (decision making) compromesso | 442 |
| Disponibilità a migliorare il processo decisionale (decision making). | 444 |
| Processo decisionale autonomo (emancipated decision making) compromesso. | 445 |
| Rischio di processo decisionale autonomo (emancipated decision making) compromesso. | 447 |
| Disponibilità a migliorare il processo decisionale autonomo (emancipated decision making). | 448 |
| Classe 5. Comunicazione | |
| Comunicazione verbale compromessa | 449 |
| Rischio di comunicazione verbale compromessa. | 451 |
| Disponibilità a migliorare la comunicazione verbale | 452 |
| Dominio 6. Percezione di sé | 453 |
| Classe 1. Concetto di sé | |
| Disponibilità a migliorare il concetto di sé. | 455 |
| Identità personale disturbata | 456 |
| Sindrome da identità familiare disturbata | 457 |
| Rischio di sindrome da identità familiare disturbata | 459 |
| Rischio di dignità umana compromessa | 460 |
| Disponibilità a migliorare l'identità sociale transgender | 461 |
| Classe 2. Autostima | |
| Autostima cronicamente inadeguata. | 462 |
| Rischio di autostima cronicamente inadeguata. | 464 |
| Autostima situazionale inadeguata | 466 |
| Rischio di autostima situazionale inadeguata | 468 |
| Autoefficacia relativa alla salute inadeguata | 470 |
| Classe 3. Immagine corporea | |
| Immagine corporea disturbata. | 472 |
| Dominio 7. Ruoli e relazioni. | 475 |
| Classe 1. Ruoli del caregiver | |
| Comportamenti di ruolo genitoriale compromessi | 477 |
| Rischio di comportamenti di ruolo genitoriale compromessi | 480 |
| Disponibilità a migliorare i comportamenti di ruolo genitoriale | 482 |
| Conflitto in rapporto al ruolo genitoriale eccessivo | 483 |

| | |
|--|-----|
| Classe 2. Relazioni familiari | |
| Modelli di interazione familiare disturbati | 485 |
| Rischio di modelli di interazione familiare disturbati | 487 |
| Processi familiari compromessi | 488 |
| Disponibilità a migliorare i processi familiari | 491 |
| Rischio di comportamenti di attaccamento disturbati | 492 |
| Classe 3. Prestazioni di ruolo | |
| Prestazioni di ruolo inefficaci | 494 |
| Relazione intima di coppia inefficace | 496 |
| Rischio di relazione intima di coppia inefficace | 498 |
| Disponibilità a migliorare la relazione intima di coppia | 499 |
| Interazioni sociali compromesse | 500 |
| Processo della gravidanza e della maternità Inefficace | 502 |
| Rischio di processo della gravidanza e della maternità inefficace | 504 |
| Disponibilità a migliorare il processo della gravidanza e della maternità. | 505 |
| Dominio 8. Sessualità | 507 |
| Classe 1. Identità sessuale | |
| Questa classe non contiene ancora nessuna diagnosi | |
| Classe 2. Funzionalità sessuale | |
| Funzionalità sessuale compromessa | 508 |
| Classe 3. Riproduzione | |
| Rischio di diade madre-feto compromessa. | 510 |
| Dominio 9. Coping/Tolleranza allo stress | 513 |
| Classe 1. Risposte post-traumatiche | |
| Sindrome post-traumatica | 515 |
| Rischio di sindrome post-traumatica. | 517 |
| Rischio di transizione migratoria disturbata | 518 |
| Classe 2. Risposte di coping | |
| Coping disadattivo | 519 |
| Disponibilità a migliorare il coping | 521 |
| Coping della famiglia disadattivo | 522 |
| Disponibilità a migliorare il coping della famiglia. | 523 |
| Coping della comunità disadattivo | 524 |
| Disponibilità a migliorare il coping della comunità | 525 |
| Carico assistenziale del caregiver eccessivo | 526 |
| Rischio di carico assistenziale del caregiver eccessivo | 528 |
| Lutto disadattivo | 530 |
| Rischio di lutto disadattivo | 532 |
| Disponibilità a migliorare il lutto. | 533 |

| | |
|---|------------|
| Resilienza compromessa | 534 |
| Rischio di resilienza compromessa | 536 |
| Disponibilità a migliorare la resilienza | 537 |
| Disponibilità ad aumentare la speranza | 538 |
| Compassione di sé inadeguata | 539 |
| Ansia eccessiva | 541 |
| Ansia di morte eccessiva | 543 |
| Paura eccessiva | 545 |
| Classe 3. Risposte neurocomportamentali | |
| Rischio di disreflessia autonoma | 547 |
| Regolazione delle emozioni inefficace | 549 |
| Regolazione dell'umore compromessa | 550 |
| Sindrome da astinenza acuta da sostanze | 552 |
| Rischio di sindrome da astinenza acuta da sostanze | 553 |
| Dominio 10. Principi di vita | 555 |
| Classe 1. Valori | |
| Questa classe non contiene ancora nessuna diagnosi | |
| Classe 2. Convinzioni | |
| Questa classe non contiene ancora nessuna diagnosi | |
| Classe 3. Congruenza tra valori, convinzioni e azioni | |
| Sofferenza morale | 557 |
| Benessere spirituale compromesso | 558 |
| Rischio di benessere spirituale compromesso | 560 |
| Disponibilità a migliorare il benessere spirituale | 562 |
| Religiosità compromessa | 564 |
| Rischio di religiosità compromessa | 566 |
| Disponibilità a migliorare la religiosità | 567 |
| Dominio 11. Sicurezza/Protezione | 569 |
| Classe 1. Infezione | |
| Risposta immunitaria compromessa | 572 |
| Rischio di infezione | 574 |
| Rischio di infezione della ferita chirurgica | 576 |
| Classe 2. Lesioni fisiche | |
| Rischio di lesione fisica | 577 |
| Rischio di lesione da ustione | 578 |
| Rischio di lesione da freddo | 579 |
| Rischio di lesione corneale | 580 |
| Rischio di secchezza oculare | 581 |
| Rischio di lesione da posizionamento perioperatorio | 583 |

| | |
|---|-----|
| Lesione da pressione nel neonato | 584 |
| Rischio di lesione da pressione nel neonato | 586 |
| Lesione da pressione nel bambino | 588 |
| Rischio di lesione da pressione nel bambino | 591 |
| Lesione da pressione nell'adulto | 593 |
| Rischio di lesione da pressione nell'adulto | 596 |
| Rischio di lesione del tratto urinario | 598 |
| Integrità tissutale compromessa | 599 |
| Rischio di integrità tissutale compromessa | 601 |
| Integrità cutanea compromessa | 603 |
| Rischio di integrità cutanea compromessa | 605 |
| Integrità del complesso areola-capezzolo compromessa | 607 |
| Rischio di integrità del complesso areola-capezzolo compromessa | 609 |
| Integrità della mucosa orale compromessa | 611 |
| Rischio di integrità della mucosa orale compromessa | 613 |
| Rischio di cadute del bambino | 615 |
| Rischio di cadute dell'adulto | 618 |
| Rischio di aspirazione | 620 |
| Liberazione delle vie aeree inefficace | 621 |
| Rischio di soffocamento accidentale | 623 |
| Rischio di sanguinamento eccessivo | 625 |
| Rischio di shock | 626 |
| Rischio di trombosi | 628 |
| Rischio di funzionalità neurovascolare periferica compromessa | 629 |
| Rischio di morte improvvisa infantile | 630 |
| Rischio di tentativo di allontanamento | 631 |
| Classe 3. Violenza | |
| Rischio di violenza rivolta ad altri | 633 |
| Rischio di mutilazione genitale femminile | 634 |
| Rischio di comportamento autolesionistico suicidario | 635 |
| Comportamento autolesionistico non suicidario | 638 |
| Rischio di comportamento autolesionistico non suicidario | 641 |
| Classe 4. Rischi ambientali | |
| Contaminazione | 644 |
| Rischio di contaminazione | 647 |
| Rischio di avvelenamento accidentale | 649 |
| Rischio di malattia professionale | 651 |
| Rischio di lesione fisica professionale | 653 |
| Classe 5. Processi di difesa | |
| Rischio di reazione allergica | 655 |
| Rischio di reazione allergica al latte | 656 |
| Classe 6. Termoregolazione | |
| Termoregolazione inefficace | 657 |
| Rischio di termoregolazione inefficace | 659 |

| | |
|---|-----|
| Temperatura corporea del neonato ridotta | 660 |
| Rischio di temperatura corporea del neonato ridotta | 662 |
| Temperatura corporea ridotta | 664 |
| Rischio di temperatura corporea ridotta | 666 |
| Rischio di temperatura corporea perioperatoria ridotta | 668 |
| Ipertermia | 670 |
| Rischio di ipertermia | 672 |
| Dominio 12. Benessere | 675 |
| Classe 1. Benessere fisico | |
| Benessere fisico compromesso | 677 |
| Disponibilità a migliorare il benessere fisico | 679 |
| Sindrome da benessere nel fine vita compromesso | 680 |
| Dolore acuto | 682 |
| Sindrome del dolore cronico | 683 |
| Dolore cronico | 684 |
| Dolore da parto | 686 |
| Classe 2. Benessere ambientale | |
| Questa classe non contiene ancora nessuna diagnosi | |
| Classe 3. Benessere sociale | |
| Disponibilità a migliorare il benessere sociale | 688 |
| Legami sociali inadeguati | 689 |
| Rete di sostegno sociale inadeguata | 691 |
| Solitudine eccessiva | 693 |
| Rischio di solitudine eccessiva | 694 |
| Classe 4. Benessere psicologico | |
| Benessere psicologico compromesso | 695 |
| Disponibilità a migliorare il benessere psicologico | 697 |
| Dominio 13. Crescita/Sviluppo | 699 |
| Classe 1. Crescita | |
| Crescita del bambino ritardata | 700 |
| Rischio di crescita del bambino ritardata | 702 |
| Classe 2. Sviluppo | |
| Sviluppo ritardato del bambino | 704 |
| Rischio di sviluppo ritardato del bambino | 706 |
| Sviluppo motorio ritardato del bambino nel primo anno di vita | 708 |
| Rischio di sviluppo motorio ritardato del bambino nel primo anno di vita | 710 |
| Organizzazione del neurosviluppo infantile compromessa | 712 |
| Rischio di organizzazione del neurosviluppo infantile compromessa | 714 |

| | |
|--|-----|
| Disponibilità a migliorare l'organizzazione del neurosviluppo infantile | 716 |
| Riflesso suzione-deglutizione inefficace del lattante | 717 |

| | |
|-------------------------------|-----|
| Indice analitico | 719 |
|-------------------------------|-----|

Focus Concettuale Quarta di Copertina

Parte 1

La classificazione NANDA International: valutazione iniziale e diagnosi infermieristica

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Principi generali della diagnosi infermieristica | 26 |
| 2 | Dalla valutazione alla diagnosi infermieristica | 62 |

1 Principi generali della diagnosi infermieristica

T. Heather Herdman, Susan Gallagher-Lepak, Camila Takáó Lopes

1.1 Breve introduzione alla diagnosi infermieristica

Iniziamo questa dissertazione approfondendo il concetto di *diagnosi*, che comprende il processo di determinazione della diagnosi della persona assistita. È fondamentale che gli infermieri comprendano la necessità di non soffermarsi solo sul raccogliere e documentare i dati della valutazione iniziale, ma di realizzare anche un processo di valutazione coerente che porti a una diagnosi accurata. Non è sufficiente completare una valutazione e passare rapidamente a una schermata della cartella clinica elettronica o a un documento cartaceo per “selezionare” casualmente una diagnosi, senza considerare alcun collegamento logico con la valutazione completata.

Questo capitolo offrirà una breve esplorazione della disciplina infermieristica e del processo infermieristico prima di approfondire il tema della diagnosi infermieristica. Si sottolineerà l'importanza di distinguere tra l'atto *diagnostico* e il successivo atto *documentale*, evidenziando la necessità di un collegamento logico tra valutazione iniziale e diagnosi nella pratica clinica infermieristica.

La diagnosi infermieristica, una responsabilità fondamentale degli infermieri, si realizza nelle interazioni dell'infermiere con la persona assistita e la sua famiglia. Questo processo comprende una valutazione approfondita, ampiamente descritta in un altro capitolo, in cui gli infermieri effettuano esami fisici e un'anamnesi per scoprire potenziali problemi di salute. Raccolgono dati completi che comprendono tra gli altri lo stato di salute dal punto di vista clinico, utilizzando come fonte l'anamnesi medica e familiare della persona assistita, nonché i segni e i sintomi attuali.

La raccolta dei dati comporta la consultazione delle cartelle cliniche della persona assistita, compresi i risultati degli esami di laboratorio e diagnostici, la terapia farmacologica e le osservazioni dei progressi riguardanti gli ambiti professionali delle altre discipline coinvolte nel percorso di cura. Inoltre, i dati cruciali sono raccolti grazie al dialogo con la persona assistita, la sua famiglia o altre persone importanti. Analizzando meticolosamente i dati acquisiti attraverso questi metodi multiformi, gli infermieri riescono a riconoscere schemi, a identificare anomalie e, idealmente, a scoprire le risorse della persona assistita nel suo percorso di salute.

Facendo leva sulle competenze disciplinari, gli infermieri utilizzano il pensiero critico per trasformare i dati grezzi in inferenze ragionate. Si impegnano a formulare ipotesi sulle potenziali diagnosi infermieristiche con e per la persona assistita, dimostrando un approccio strategico e analitico al processo decisionale clinico.

Cosa si intende per *inferenza*? Con questo termine si fa riferimento a una conclusione o deduzione tratta da prove e ragionamenti logici, che si estende oltre i dati o le affermazioni esplicite o direttamente presentate. In sostanza, rappresenta un'interpretazione o una spiegazione ragionata che va oltre una lettura superficiale dei dati grezzi forniti. Le inferenze sono formulate combinando i dati esistenti – costituiti da fatti e osservazioni – con le conoscenze pregresse derivate dalla teoria infermieristica e dalle competenze disciplinari, oltre che dall'esperienza clinica.

Questo processo consente di formulare una nuova comprensione o interpretazione che supera l'insieme dei dati iniziali. Le inferenze spesso implicano la formulazione di ipotesi o previsioni ben costruite sulla base delle migliori evidenze disponibili. La capacità di realizzare delle inferenze accurate è un aspetto fondamentale del pensiero critico, della risoluzione dei problemi e del processo diagnostico nella pratica clinica infermieristica.

Sulla base dell'analisi delle inferenze, gli infermieri enunciano le diagnosi, in merito alle risposte della persona assistita, dedotte dai dati. Possono collaborare con la persona assistita, i suoi familiari, i colleghi e i professionisti di altre discipline per convalidare le loro inferenze. Questo processo collaborativo ha lo scopo di confermare o mettere in discussione le loro ipotesi diagnostiche, facilitando una comprensione completa delle risposte umane evidenti nella persona assistita.

Tuttavia, senza una comprensione dei concetti e delle teorie fondamentali della disciplina infermieristica, trarre inferenze accurate dai dati grezzi è un'attività difficile. La comprensione di questi principi e delle teorie fondamentali è strategica perché gli infermieri possano fare inferenze accurate e trarre spunti significativi dai dati ottenuti durante la valutazione delle persone assistite.

Per esempio, James, neo infermiere dell'unità di terapia intensiva neonatale (TIN), raccoglie i seguenti dati dalla cartella clinica e durante le cure assistenziali e l'alimentazione del piccolo Samuel:

Samuel è un neonato di 27 settimane, nato da 11 giorni. Presenta una sindrome da distress respiratorio moderata e ha 2L/m di ossigeno tramite cannula nasale. Oggi, presenta sbadigli, dita in estensione a ventaglio e singhiozzi durante la poppata mattutina fornita tramite sondino orogastrico; inoltre, ha 3

episodi di desaturazione con valori inferiori all'85%. Il suo peso è aumentato tra i 5 e i 10 g al giorno ed è nel 28° percentile di peso.

In qualità di infermiere neoassunto in TIN, James potrebbe non identificare immediatamente segni clinici quali sbadiglio, estensione delle dita, singhiozzo e desaturazione come risposte allo stress nei neonati. Riconoscerli richiede una profonda conoscenza del processo di neurosviluppo in questa tipologia di persone assistite. Potrebbe percepire l'aumento di peso come positivo senza rendersi conto che è al di sotto della norma per questa fascia d'età, indicatore che evidenzia che il piccolo Samuel consuma più calorie di quante ne assume.

Tuttavia, se possedesse conoscenze sulla crescita neonatale e sul neurosviluppo, James saprebbe riconoscere queste risposte allo stress e i problemi di crescita. Questi indicatori suggeriscono che il neonato fatica a tollerare l'alimentazione e non ha un apporto calorico adeguato per una crescita fisiologica. Le inferenze accurate che ne derivano potrebbero indurre James a prendere in considerazione diagnosi legate all'organizzazione del neurosviluppo, alla risposta allo stress e alla nutrizione, tra le altre cose, e a richiedere un'ulteriore raccolta di dati.

Formulare una diagnosi infermieristica in questo contesto richiede una raccolta dati olistica, un'interpretazione ragionata (inferenze), l'applicazione di competenze cliniche e conoscenze disciplinari complete, sottolineando la complessità dell'assistenza neonatale nell'ambiente della TIN.

Il processo di *diagnosi* si distingue dall'atto di *documentare* la diagnosi. La diagnosi implica un processo cognitivo, mentre la documentazione è indispensabile al personale infermieristico per trasmettere il ragionamento e il giudizio clinico (diagnosi) in modo standardizzato, facilitando la comunicazione all'interno dell'équipe interdisciplinare.

I termini standardizzati hanno un ruolo fondamentale nel garantire che tutti i componenti dell'équipe di cura comprendano in modo completo e accurato i bisogni di salute di ciascuna persona di cui l'infermiere è responsabile e il relativo piano di cura, che può essere documentato in modo uniforme. L'utilizzo di termini standardizzati e codificati favorisce anche la ricerca, consentendo di studiare le risposte delle persone assistite con definizioni e indicatori diagnostici identici in strutture, setting di cura e persino Paesi diversi.

L'adozione di un linguaggio standardizzato per delineare i giudizi e gli interventi clinici supporta la coerenza tra più discipline sanitarie, tra cui infermieristica, medicina, fisioterapia, psicologia e altre. Questo approccio unificato garantisce una comunicazione efficace e favorisce una comprensione comune della cura della persona assistita in setting socio-sanitari diversi.

6 Novità dell'edizione NANDA-I 2024-2026

Camila Takáó Lopes, T. Heather Herdman

6.1 Panoramica dei cambiamenti e delle revisioni nell'edizione NANDA-I 2024-2026

Questo capitolo presenta una panoramica dei principali cambiamenti apportati in questa edizione: diagnosi infermieristiche nuove e revisionate, diagnosi infermieristiche ritirate, revisione continua per giungere a una standardizzazione dei termini relativi agli indicatori diagnostici, criteri per il livello di evidenza per la presentazione di una nuova diagnosi infermieristica, cambiamenti dei termini relativi agli assi della tassonomia e infine raccomandazioni in merito alle diagnosi infermieristiche che richiedono un ulteriore sviluppo.

Ci auguriamo che l'organizzazione di questa 13^a edizione permetterà un suo utilizzo efficace ed efficiente; con piacere accoglieremo i vostri feedback. Se avete suggerimenti, potete inviarli per email all'indirizzo admin@nanda.org.

Molte diagnosi sono state riviste dai collaboratori internazionali della Task Force del Diagnosis Development Committee al fine di rafforzare il loro livello di evidenza. Gli indicatori diagnostici sono stati rivisti per ridurre l'ambiguità e migliorarne la chiarezza. I curatori, quando è stato possibile, hanno fatto riferimento ai Medical Subject Headings (MeSH®) per fornire definizioni standardizzate necessarie per garantire ai professionisti sanitari una comprensione coerente dei termini; per i traduttori questi termini sono fondamentali per assicurare la coerenza tra le varie lingue. Il thesaurus MeSH è un vocabolario controllato prodotto dalla National Library of Medicine e utilizzato per indicizzare, catalogare e ricercare informazioni e documenti biomedici e sanitari (National Library of Medicine, 2023a, 2023b). La revisione dei criteri per i livelli di evidenza scientifica garantisce che in futuro tutte le diagnosi presentate per l'inserimento nella classificazione abbiano un livello di evidenza appropriato per esprimere la migliore forza delle conoscenze infermieristiche attualmente disponibili. Per ridurre le dimensioni del libro, abbiamo mantenuto la scelta editoriale di rendere disponibile online la letteratura scientifica a supporto di ogni diagnosi infermieristica. Invitiamo i lettori a consultare questi riferimenti per comprendere meglio le diagnosi.

In questa edizione, per ogni diagnosi infermieristica sono elencati tutti i valori degli assi, così come sono stati definiti nel sistema multiassiale. Non tutte le diagnosi hanno un valore per ogni asse, non è un requisito necessario. Tuttavia, laddove appropriato, gli assi forniscono ulteriori informazioni che

possono essere incluse nei modelli concettuali utili a sviluppare il ragionamento clinico e a supportare i sistemi applicativi delle App e delle cartelle cliniche elettroniche. Non è necessario imparare a memoria i valori degli assi; potrebbero anche non essere utili per gli infermieri nella pratica clinica. Tuttavia, rappresentano una risorsa rilevante per gli informatici e per coloro che sviluppano le strutture delle cartelle cliniche elettroniche e di altri software applicativi.

Il lettore noterà delle discrepanze nei termini all'interno della nostra classificazione, questo è dovuto al fatto che il nostro obiettivo è sviluppare una terminologia inclusiva che rispetti tutti gli esseri umani. Laddove possibile, i termini specifici di genere sono stati modificati in termini neutri (per esempio, “*donne che partoriscono...*” è diventato “*persone che partoriscono...*” e “*uomini*” è diventato “*uomini cisgender*”). Tuttavia, in quanto terminologia basata sulle evidenze, non possiamo semplicemente cambiare alcuni termini in altri neutri rispetto al genere. Per esempio, se la letteratura scientifica a supporto di una diagnosi infermieristica indica che le “donne” sono a maggior rischio di sviluppare tale diagnosi, non possiamo utilizzare in alternativa il termine “persone”. Ciò richiede un'indagine più approfondita per determinare cosa c'è nelle “donne” che le espone a questo maggior rischio: è associato, per esempio, a fattori biologici o a fattori socioculturali? Inoltre, sebbene siamo riusciti a modificare i titoli delle diagnosi che contenevano il termine *breastfeeding* in *chestfeeding* [modifica non apportata nell'edizione italiana, si veda il successivo paragrafo 6.5.1, N.d.T.], in questa versione non abbiamo modificato il titolo *rischio di diade madre-feto compromessa* (00349). Nella prossima revisione della classificazione è prevista la collaborazione tra il Diagnosis Development Committee (Comitato per lo Sviluppo delle Diagnosi), il nostro Diversity and Inclusion Committee (Comitato per la Diversità e l'Inclusione) e altri esperti per produrre delle raccomandazioni allo scopo di facilitare una complessa revisione dei termini per garantire l'inclusività e al contempo il massimo livello di pratica basata sulle evidenze scientifiche.

Per coerenza con l'uso di pronomi di genere neutro, il lettore noterà che abbiamo usato il pronome “they” anche per fare riferimento a una singola persona. Pur riconoscendo che questo cambiamento sarà impossibile da tradurre in alcune lingue (per esempio in italiano, N.d.T.), in cui non è possibile usare un sostantivo singolare con un pronome plurale, abbiamo comunque adottato questa struttura per essere rispettosi di tutti gli individui. Inoltre, dobbiamo effettuare una revisione approfondita dei termini che si riferiscono a tutti i gruppi e le persone sottorappresentati per garantire che i nostri termini siano rispettosi e inclusivi.

Parte 4

NANDA International, Inc.

Diagnosi infermieristiche

| | | |
|--------------------|--------------------------------------|-----|
| Dominio 1. | Promozione della salute | 225 |
| Dominio 2. | Nutrizione | 295 |
| Dominio 3. | Eliminazione e scambi | 339 |
| Dominio 4. | Attività/Riposo | 367 |
| Dominio 5. | Percezione/Cognizione | 427 |
| Dominio 6. | Percezione di sé | 453 |
| Dominio 7. | Ruoli e relazioni | 475 |
| Dominio 8. | Sessualità | 507 |
| Dominio 9. | Coping/Tolleranza allo stress | 513 |
| Dominio 10. | Principi di vita | 555 |
| Dominio 11. | Sicurezza/Protezione | 569 |
| Dominio 12. | Benessere | 675 |
| Dominio 13. | Crescita/Sviluppo | 699 |

NANDA International, Inc. Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione 2024–2026, 13ª edizione.

A cura di T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru e Camila Takáo Lopes.

© 2024 NANDA International, Inc. Pubblicato nel 2024 da CEA, Casa Editrice Ambrosiana, Milano.

Sito web: universita.zanichelli.it/nanda24.

Dominio 1.

Promozione della salute

Consapevolezza di star bene e di avere una funzionalità normale e strategie utilizzate per mantenere il controllo di tali benessere e funzionalità e per migliorarli ulteriormente

| Classe 1. Consapevolezza della salute Riconoscimento della funzionalità e del benessere normali | | |
|---|---|--------|
| Codice | Diagnosi | Pagina |
| 00097 | Coinvolgimento in attività diversive ridotto | 227 |
| 00448 | Rischio di coinvolgimento in attività diversive ridotto | 228 |
| 00355 | Comportamenti sedentari eccessivi | 229 |
| 00394 | Rischio di comportamenti sedentari eccessivi | 231 |
| 00273 | Campo di energia squilibrato | 232 |

| Classe 2. Gestione della salute Identificazione, controllo, svolgimento e integrazione delle attività volte a mantenere la salute e il benessere globali | | |
|--|--|--------|
| Codice | Diagnosi | Pagina |
| 00276 | Autogestione della salute inefficace | 234 |
| 00369 | Rischio di autogestione della salute inefficace | 236 |
| 00293 | Disponibilità a migliorare l'autogestione della salute | 238 |
| 00080 | Gestione della salute della famiglia inefficace | 239 |
| 00410 | Rischio di gestione della salute della famiglia inefficace | 241 |
| 00356 | Gestione della salute della comunità inefficace | 243 |
| 00413 | Rischio di gestione della salute della comunità inefficace | 244 |
| 00489 | Rischio di autogestione inefficace del modello di glicemia | 245 |
| 00277 | Autogestione della secchezza oculare inefficace | 247 |
| 00352 | Autogestione della secchezza delle fauci inefficace | 250 |
| 00412 | Rischio di autogestione della secchezza delle fauci inefficace | 253 |
| 00397 | Autogestione della fatigue inefficace | 255 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 00278 | Autogestione del linfedema inefficace | 257 |
| 00281 | Rischio di autogestione del linfedema inefficace | 259 |
| 00384 | Autogestione della nausea inefficace | 261 |
| 00418 | Autogestione del dolore inefficace | 264 |
| 00447 | Disponibilità a migliorare l'autogestione del peso corporeo | 266 |
| 00398 | Autogestione del sovrappeso inefficace | 267 |
| 00487 | Rischio di autogestione del sovrappeso inefficace | 270 |
| 00485 | Autogestione del sottopeso inefficace | 272 |
| 00486 | Rischio di autogestione del sottopeso inefficace | 275 |
| 00292 | Comportamenti di mantenimento della salute inefficaci | 277 |
| 00395 | Rischio di comportamenti di mantenimento della salute inefficaci | 279 |
| 00300 | Comportamenti di gestione della casa inefficaci | 281 |
| 00308 | Rischio di comportamenti di gestione della casa inefficaci | 283 |
| 00309 | Disponibilità a migliorare i comportamenti di gestione della casa | 284 |
| 00307 | Disponibilità a migliorare il coinvolgimento nell'esercizio fisico | 285 |
| 00339 | Alfabetizzazione sulla salute inadeguata | 286 |
| 00411 | Rischio di alfabetizzazione sulla salute inadeguata | 288 |
| 00262 | Disponibilità a migliorare l'alfabetizzazione sulla salute | 289 |
| 00340 | Disponibilità a migliorare l'invecchiamento in salute | 290 |
| 00353 | Sindrome da fragilità dell'anziano | 291 |
| 00357 | Rischio di sindrome da fragilità dell'anziano | 293 |

Dominio 1 • Classe 1 • Codice della diagnosi 00097

Coinvolgimento in attività diversive ridotto

Approvata 1980 • Rivista 2017, 2023 • Livello di evidenza (LOE) 2.1

MeSH: Leisure Activities (M0012336)

Focus concettuale: Comportamento

Focus di contesto/sintomo: Attività

Soggetto della cura: Individuo

Giudizio: Ridotto

Sede anatomica: —

Limite inferiore di età: —

Limite superiore di età: —

Decorso clinico: —

Stato della diagnosi: Focalizzata su un problema di salute attuale (problem-focused)

Vincolo situazionale: —

Definizione

Riduzione della stimolazione, dell'interesse o della partecipazione ad attività ricreative o di svago.

Caratteristiche definenti

- Alterazione del tono dell'umore
- Noia
- Malcontento per la situazione
- Appiattimento affettivo
- Pisolini frequenti
- Decondizionamento fisico

Fattori correlati

- L'ambiente attuale non permette di impegnarsi in attività diversive
- Mobilità compromessa
- Attività disponibili inadeguate
- Motivazione inadeguata
- Resistenza fisica inadeguata
- Inattività prolungata
- Stress psicologico
- Vincoli ambientali non affrontati

Popolazioni a rischio

- Persone con età estreme
- Persone ricoverate a lungo in ospedale
- Persone ricoverate a lungo in strutture residenziali

Condizioni associate

- Prescritta limitazione della mobilità
- Isolamento terapeutico

Focus Concettuale

B

benessere 290

C

comfort 677, 679–680, 682–684, 686, 688,
693–695, 697

comportamento 227–229, 231, 234, 236, 238–
239, 241, 243–245, 247, 250, 253, 255, 257,
259, 261, 264, 266–267, 270, 272, 275, 277,
279, 281, 283–286, 288–289, 320, 322, 324,
374, 376, 424, 426, 442, 444–445, 447–448,
477, 480, 482, 494, 502, 504–505, 515, 517,
631, 633, 635, 638, 641

crescita 700, 702

cura di sé 413–416, 418, 420–421, 423

F

fragilità 291, 293

funzionalità circolatoria 397, 399–400, 402–
403, 405, 625–626, 628

funzionalità cognitiva 429, 431–432, 434–435,
437, 439–440, 449, 451–452

funzionalità gastrointestinale 326, 328, 330,
352, 354–355, 357, 359, 361, 363, 365

funzionalità immunitaria 572, 574, 576, 655–
656

funzionalità neurovascolare 547, 629

funzionalità respiratoria 366, 406, 408–409,
411, 620–621, 623

funzionalità sessuale 508

funzionalità termoregolatoria 657, 659–660,
662, 664, 666, 668, 670, 672

funzionalità urinaria 341, 343–344, 346, 348–
349, 351

I

identità 455–457, 459–462, 464, 466, 468, 470,
472, 557–558, 560, 562, 564, 566–567

idratazione 331–333, 335–336, 338

integrità fisica 577–581, 583–584, 586, 588,
591, 593, 596, 598–599, 601, 603, 605, 607,
609, 611, 613, 615, 618, 630, 634, 644, 647,
649, 651, 653

L

livello di energia 369, 371, 373, 389–391, 393,
395

M

mobilità 377, 379–380, 382, 384–385, 387–388

N

nutrimento 297, 299, 301–302, 304, 306, 308,
310, 312, 314–315, 318

P

promozione della salute 232

R

relazione 483, 485, 487–488, 491–492, 496,
498–500, 510, 689, 691

risposta allo stress 518–519, 521–526, 528,
530, 532–534, 536–539, 541, 543, 545, 549–
550, 552–553, 712, 714, 716

S

sviluppo 704, 706, 708, 710, 717

La nuova edizione della guida unica ed essenziale per l'utilizzo delle diagnosi infermieristiche approvate dagli esperti dell'associazione NANDA-I

Completamente aggiornata e rivista dalle curatrici T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru e Camila Takáó Lopes, la 13^a edizione di *NANDA International, Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione 2024-2026* è la guida ufficiale alle diagnosi infermieristiche riviste e approvate dal *Diagnosis Development Committee* (DDC, Comitato per lo Sviluppo delle Diagnosi) di NANDA International (NANDA-I).

Nella nuova edizione di questo testo fondamentale, le curatrici trattano in maniera approfondita delle diagnosi infermieristiche e dei relativi collegamenti con la valutazione infermieristica, utilizzando il *Triplice modello della pratica infermieristica* di Kamitsuru per distinguere tra interventi multidisciplinari integrati, basati su standard di cura medici e organizzativi, e interventi infermieristici autonomi basati su standard di cura infermieristici.

I *Modelli Funzionali della Salute* di M. Gordon rappresentano il modello teorico di riferimento per la valutazione infermieristica, al fine di guidare gli infermieri nella raccolta dei dati rilevanti per favorire l'accuratezza della diagnosi infermieristica.

Il testo descrive l'ontologia, la classificazione e la tassonomia, e spiega in dettaglio la revisione significativa della struttura assiale delle diagnosi NANDA-I. Inoltre, presenta una panoramica di tutti i cambiamenti e le revisioni apportati alla classificazione e fornisce indicazioni relativamente alle priorità della ricerca e ai futuri focus per il *Diagnosis Development Committee* e per l'associazione NANDA-I.

Le principali novità di questa 13^a edizione sono:

- 56 diagnosi infermieristiche nuove e 123 riviste
- Revisione degli indicatori diagnostici per ridurne l'interpretabilità e migliorarne la chiarezza
- Aggiornamento degli assi con attribuzione coerente dei valori degli assi a tutte le diagnosi
- Indicazione dei termini MeSH® (*US National Library of Medicine, Medical Subject Headings*) per fornire definizioni standardizzate e garantire una comprensione coerente della terminologia
- Revisione dei criteri del livello di evidenza (LOE) per garantire che le diagnosi proposte in futuro abbiano un appropriato livello di evidenza per rappresentare l'attuale forza della conoscenza infermieristica
- Risorse online (in lingua inglese) con i riferimenti bibliografici per le nuove diagnosi infermieristiche e per quelle riviste

Aggiornato e rivisto in modo rigoroso, questo celebre testo rappresenta una risorsa indispensabile per gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, per gli infermieri che lavorano in ambito clinico, per gli infermieri docenti e formatori, per gli infermieri ricercatori, per gli infermieri dirigenti e direttori e per gli infermieri con competenze nell'ambito dell'informatica.

T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI, FAAN, è Amministratore Delegato di NANDA-I ed ex Presidente (2006-2008), Green Bay, Wisconsin, USA.

Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, FNI, è ex Presidente di NANDA-I (2016-2020) e titolare/referente di Kango Laboratory, Tokio, Giappone.

Camila Takáó Lopes, PhD, RN, FNI, è Direttrice del *Diagnosis Development Committee* (DDC, Comitato per lo Sviluppo delle Diagnosi) di NANDA-I e Professore Associato di Fondamenti di Infermieristica, oltre che consulente di Master e Dottorato, presso il Corso di Laurea Infermieristica della Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, Brasile.

NANDA*DIAGNOSI INFER.24/26 (CEAKM)

ISBN 978-88-08-78009-6



9 788808 780096