

Prefazione

La terza edizione di *Nursing Diagnosis: Process and Application* è stata pubblicata circa 20 anni dopo la prima conferenza nazionale sulla classificazione diagnostica, convocata da Kristine Gebbie e Mary Ann Lavin presso l'Università di Saint Louis.

A partire dal 1973 le diagnosi infermieristiche sono diventate parte integrante della pratica clinica infermieristica e hanno evidenziato il contributo peculiare dell'assistenza infermieristica al settore sanitario.

Oggi, il lavoro sulle classificazioni correlate alla clinica infermieristica si è esteso in uno sforzo internazionale che abbraccia molti Paesi e molte culture.

Negli anni a venire, la rilevanza delle diagnosi infermieristiche per la pratica clinica, la formazione e la ricerca ne favorirà il continuo sviluppo.

Dalla prima edizione di questo libro, nel 1982, l'uso delle diagnosi infermieristiche è aumentato in modo consistente.

Le diagnosi sono state inserite nei libri di testo dedicati alla clinica e le associazioni infermieristiche e le agenzie per il rimborso delle cure sanitarie considerano le diagnosi infermieristiche come gli standard dell'esercizio professionale.

L'American Association of Colleges of Nursing e la National League for Nursing mettono in rilievo l'importanza del pensiero critico e del giudizio clinico quali contenuti essenziali della formazione infermieristica. L'applicazione clinica del pensiero critico si traduce nel giudizio diagnostico e terapeutico dei clinici.

Lo scopo di *Diagnosi infermieristiche: processo e applicazioni* è di integrare le diagnosi infermieristiche nelle attività di classificazione e di pensiero critico.

Essere professionista nell'assistenza infermieristica richiede competenza sia nel ragionamento clinico, sia nell'uso delle categorie diagnostiche.

Occorre conoscere la terminologia adottata dai manuali, anche se la terminologia senza le conoscenze e le abilità di ragionamento diagnostico conduce a formulare giudizi clinici imprecisi. La capacità diagnostica senza la terminologia adatta è paragonabile alla capacità di parlare senza conoscere un linguaggio.

Il successo delle prime due edizioni di questo manuale è attribuibile al modo chiaro e approfondito di trattare la materia e la sua applicazione al processo di assistenza infermieristica, alla pratica clinica e all'erogazione dell'assistenza in ambito sanitario.

I capitoli di questo libro forniscono allo studente infermiere e all'infermiere professionista solide basi su cui costruire il sapere clinico e l'esperienza.

Questa edizione è stata scritta con l'aspettativa che lo studente inizi a usare questo libro nel primo anno di corso di laurea nell'ambito delle discipline dedicate al processo di assistenza infermieristica.

Con l'aumentare dell'esperienza clinica con le persone assistite, il professionista infermiere troverà utile tornare ai paragrafi dedicati al processo infermieristico e alla sua applicazione.

Infatti, lo sviluppo della capacità diagnostica richiede un processo di apprendimento lungo quanto la vita (*lifelong learning*) e dopo la laurea l'infermiere che tornerà a rileggere questo libro, dopo aver accumulato conoscenza clinica, vi "scoprirà" cose nuove.

In questa edizione di *Diagnosi infermieristiche: processo e applicazioni* è stato aggiunto

un capitolo, gli altri sono stati tutti aggiornati; molti capitoli sono stati revisionati o ampliati e, per rendere più chiare idee e concetti, sono stati corredati da ulteriori esempi.

Domande ed esercizi sono stati inseriti nel corpo del testo, come strumento di apprendimento, piuttosto di collocarli alla fine dei capitoli dove avrebbero avuto minor efficacia. Nel testo sono state inserite le domande che gli studenti possono o potrebbero formulare.

In alcuni capitoli, le domande esemplificano in modo informale i problemi reali sollevati dagli studenti dei corsi di laurea che stavano imparando le diagnosi infermieristiche.

Porre domande come stile di insegnamento, incoraggia gli studenti mentre studiano e usano le diagnosi infermieristiche a formulare, a loro volta, le loro proprie domande.

Il testo comprende anche esercizi che sono seguiti immediatamente dalla discussione sulle risposte corrette e sbagliate, in modo da dare un feedback immediato e permettere così di applicare ciò che si è appreso prima di passare all'argomento successivo.

Nel testo, per evidenziare i punti salienti è stato scelto o il carattere corsivo, o il grassetto, o la forma di elenco puntato, in modo da richiamare immediatamente l'attenzione del lettore.

I riassunti alla fine di ciascun capitolo offrono una sintesi dei concetti fondamentali.

Le appendici includono le attuali informazioni sulle diagnosi e sul loro sviluppo, esercizi da semplici a complessi sugli aspetti del processo diagnostico e nuovi contenuti ed esempi in due aree.

In questa edizione sono stati mantenuti i **temi fondamentali** che già hanno caratterizzato le precedenti edizioni:

- Che cos'è una diagnosi infermieristica?
- Come si costruiscono le diagnosi?
- Come si usano nel processo infermieristico e nell'erogazione dell'assistenza?

Diagnosi infermieristiche: concetti e categorie

I capitoli 1 e 2 trattano i seguenti importanti aspetti delle categorie diagnostiche:

- l'evoluzione delle categorie diagnostiche,
- il contesto d'uso,
- la definizione di diagnosi infermieristica come concetto e processo.

È stata posta l'enfasi sulle diagnosi, sia per la loro importanza nella pianificazione del trattamento, sia perché sono l'espressione dell'ambito esclusivo dell'assistenza infermieristica.

Le diagnosi sono concetti usati nel ragionamento clinico per descrivere la condizione di salute di una persona, di una famiglia o di una comunità.

Oggi, la maggior parte dei testi e delle strutture cliniche usa la classificazione proposta dalla NANDA.

Alcune diagnosi non sono sufficientemente precise, concettualmente pertinenti o ampiamente descrittive degli aspetti peculiari dell'assistenza infermieristica.

Ciononostante, quando pensano all'assistenza infermieristica i clinici trovano utili le categorie attualmente disponibili.

Gli studenti devono sapere che in qualsiasi professione i concetti evolvono con il progredire della conoscenza grazie alla ricerca clinica.

Il capitolo 3 prende in considerazione

- la diagnosi infermieristica;
- la diagnosi medica;
- la diagnosi nell'ambito dei servizi sociali.

Per ogni tipologia di diagnosi vengono esposti i contenuti peculiari rispetto *al mandato, alle strutture e ai concetti di causalità, ai sistemi di classificazione e al processo*.

È importante che lo studente e il professionista infermiere comprendano che l'evoluzione delle diagnosi nell'assistenza infermieristica è simile quella delle diagnosi di altre professioni.

In questo capitolo lo studente e il professionista infermiere possono ampliare la loro prospettiva sulle principali professioni sanitarie, conoscendo così analogie e differenze fra diagnosi mediche e infermieristiche.

Nell'erogazione dell'assistenza interagiscono molte professioni e ciascuna deve essere a

conoscenza del nucleo della pratica clinica delle altre.

Il *capitolo 12* verte sui principali aspetti dello sviluppo della categoria diagnostica e della classificazione.

Tratta argomenti relativi a sviluppo, criticità e progressi della classificazione.

Lo studente e il professionista infermiere possono trovarsi ad affrontare situazioni cliniche in cui il problema di salute che evidenziano non è stato descritto e inserito in alcuna categoria.

Questo capitolo gli fornirà le informazioni necessarie per creare una diagnosi infermieristica. Fornirà anche alcuni suggerimenti su come aiutare altri operatori sanitari e sociali a orientarsi verso una pratica fondata sulle diagnosi.

Diagnosi infermieristica come pensiero critico

Il ragionamento e il giudizio diagnostico richiedono l'applicazione di molti aspetti del pensiero critico.

Le nuove ricerche in questo campo si sono tradotte in importanti cambiamenti e in integrazioni nella maggior parte dei cinque capitoli dedicati all'argomento.

Non esiste un processo diagnostico che qualsiasi persona può applicare in tutti i casi che gli si presentano.

Le situazioni che richiedono il ragionamento clinico sono sempre diverse.

Piuttosto che cercare un unico modo di ragionare, per gli studenti e per i professionisti infermieri è sicuramente più utile studiare le *componenti* del ragionamento e come queste si applicano ai tipi di realtà assistenziali che sono chiamati ad affrontare nella pratica clinica.

L'essere consapevoli delle operazioni cognitive coinvolte nel ragionamento si traduce in flessibilità e vasta applicabilità delle abilità di pensiero.

Nei *capitoli dal 4 al 8* il lettore troverà utili informazioni sull'accertamento funzionale, sulle strategie per raccogliere ed elaborare le

informazioni e per formulare ed enunciare le diagnosi infermieristiche.

I contenuti del *capitolo 4* si basano sull'assunto che nell'infermieristica la diagnosi richiede di guardare alla situazione dalla prospettiva dell'assistenza infermieristica, proprio come per la diagnosi medica è necessaria una prospettiva medica.

Le grandi teorie o i modelli concettuali, come la cura di sé, l'adattamento e altre, offrono una prospettiva e una struttura per la diagnosi, l'intervento e la programmazione del risultato.

Il *Capitolo 5* è dedicato agli 11 modelli funzionali della salute.

Questo è un modello teorico infermieristico, utilizzabile a livello concreto di clinica infermieristica, per l'accertamento di qualsivoglia modello, compreso anche un semplice modello funzionale.

Il lettore è aiutato a rendersi conto di come l'accertamento dei modelli della salute può fornire i dati di base per definire le condizioni di salute dell'assistito, i suoi problemi di salute e le relative diagnosi infermieristiche.

Viene fornito un esame dettagliato dei risultati correlati all'uso dei modelli funzionali della salute nella pratica clinica.

A seguire, nel *capitolo 6*, sono discussi i modelli di salute disfunzionali e potenzialmente disfunzionali che portano poi all'enunciazione delle diagnosi infermieristiche.

Infine, sono fornite alcune linee guida per sorvegliare i cambiamenti dai modelli funzionali a quelli disfunzionali.

Poiché l'accertamento è la componente fondamentale nella raccolta delle informazioni del processo diagnostico, nel *capitolo 7* sono analizzati tutti gli elementi che combinati tra loro rendono efficace, efficiente e accurato un accertamento.

Sono descritti due fattori che influenzano il ragionamento clinico: il tipo di accertamento e la natura dell'informazione clinica.

In questo capitolo sono introdotti gli "strumenti fondamentali" del diagnosta: la percezione, l'intuizione e la deduzione.

Sono inclusi anche recenti studi dedicati a queste abilità e al loro ruolo nell'attività cognitiva di infermieri principianti ed esperti.

Il *capitolo 8* è dedicato all'interpretazione e all'accorpamento delle informazioni ottenute dall'accertamento e alla formulazione delle diagnosi infermieristiche.

L'interpretazione e l'accorpamento dei dati rappresentano momenti di difficoltà per qualsiasi studente o professionista. Per cercare di superarli vengono forniti molti esempi di casi, spiegazioni chiare e la descrizione delle fonti a sostegno delle possibili interpretazioni.

Il *capitolo 9* si sofferma su un'altra area problematica del giudizio diagnostico, la formulazione dell'enunciazione diagnostica.

Questa è la componente del giudizio che descrive le deduzioni sulla condizione di salute dell'assistito per mezzo di categorie diagnostiche traducibili in parole adatte alla comunicazione.

Vengono presentate chiare descrizioni degli strumenti diagnostici utili.

Il capitolo include alcuni problemi identificati dagli studenti dei corsi universitari e le loro possibili soluzioni.

Applicazione delle diagnosi infermieristiche

Il *capitolo 10* descrive l'uso delle diagnosi infermieristiche nelle attività di assistenza diretta, in primo luogo nella pianificazione degli interventi e nella valutazione dei risultati.

Il nuovo lavoro sulle linee guida nazionali per la pratica è correlato alle diagnosi infermieristiche e al trattamento.

È posto l'accento sul fatto che sebbene più persone possono rientrare nella stessa diagnosi, nella fase degli interventi l'assistenza è personalizzata.

In questo capitolo si discute anche su chi dove formulare le diagnosi e sui rapporti tra diagnosi infermieristiche e aspetti legali.

Il *capitolo 11* si basa sull'assunto che gli studenti infermieri un giorno si assumeranno delle responsabilità professionali.

Occorre accrescere la loro conoscenza degli aspetti della pratica infermieristica che sono correlati alle diagnosi infermieristiche.

Per queste ragioni il capitolo tratta i collegamenti tra le diagnosi infermieristiche e il case management, la certificazione di qualità, i pagamenti e i rimborsi, la composizione dello staff infermieristico richiesto e altre questioni collegate all'erogazione dell'assistenza.

Molte persone hanno contribuito alla nascita e allo sviluppo di questo libro.

Le discussioni e le riflessioni con i colleghi, specialmente Carol Soares-O'Hearn e Florence Milliot sono stati lo stimolo del precoce interesse per il processo diagnostico.

Il successivo lavoro sulla teoria cognitiva e sulla diagnosi infermieristica è stato possibile grazie a una borsa di studio dei National Institutes of Health Fellowship per i dottorati e da due "incoraggianti" consiglieri, John Dacey e John Travers, e in seguito grazie a una donazione della USDHHS, Division of Nursing, per l'insegnamento del ragionamento diagnostico ed etico, con Catherine Murphy.

La mia adesione alla NANDA in qualità di presidente e in qualità di membro del Massachusetts Conference Group on Classification of Nursing Diagnosis ha fornito lo stimolo per l'allargamento ad altre specialità oltre alla mia, e al trattamento di aspetti più ampi collegati allo sviluppo e all'attuazione.

A questa revisione hanno contribuito le molte appassionanti discussioni sulle diagnosi con i colleghi, Ann McCourt in particolare.

Ringrazio i laureati dell'Università di Boston per aver formulato domande a cui si doveva dare una risposta.

Ho un debito anche con Berth Porter e con gli studenti dei corsi universitari che hanno espresso i loro commenti su alcune parti di quest'edizione.

Infine, estendo la mia gratitudine a Terry Van Schaik, Janet Livingstone e Gayle Morris, della Mosby, e a Leo Kaplan e Donna Coggshall, dell'University Graphics, cui riservo un ringraziamento speciale.

Marjory Gordon

Presentazione dell'edizione italiana

*“Nella professione infermieristica, responsabilità sociali, razionalità e capacità cognitive **devono essere applicate**, non apprese per fini teorici e astratti.*

*Infatti, è discutibile se il vero apprendimento di concetti come la diagnosi infermieristica possa avvenire senza **un'applicazione nel mondo reale**.*

Il valore di un'idea si evince dalla sua utilità pratica:

le diagnosi infermieristiche riescono a semplificare le attività dell'assistenza diretta alla persona?

Se la diagnosi infermieristica restasse solo un esercizio intellettuale, uno status symbol o un'idea racchiusa in una torre d'avorio, allora perché applicarla?

Se le diagnosi infermieristiche fossero prive di rilevanza clinica il lettore non sarebbe stato accompagnato attraverso i capitoli di questo libro.

...

Nel corso di questo libro viene dimostrato che la diagnosi è utilizzata dall'infermiere come focus per le scelte relative all'assistenza infermieristica che sono necessarie per ottenere i risultati desiderati con la persona assistita...”

M. Gordon

Capitolo 10 Uso delle diagnosi infermieristiche nelle attività di assistenza diretta (p. 287)

Le diagnosi infermieristiche

■ Cosa sono?

■ Come si usano?

■ A che cosa servono?

In Italia, nell'ultimo decennio, gli infermieri hanno assunto nei confronti delle diagnosi infermieristiche diversi atteggiamenti:

1. moltissimi affermano che non hanno “il tempo di...”
2. molti dibattono l'argomento...
3. alcuni provano a studiarle...
4. pochi provano a usarle...

Noi abbiamo scelto di andare direttamente alla fonte.

E gradualmente di abbeverarci al testo storico di Marjory Gordon nell'originale inglese della 3° edizione del 1994.

E di cogliere le sue intuizioni, la sua bellezza, la sua profondità.

Il suo ascolto, le sue riflessioni di donna, di infermiera, di studiosa della scienza infermieristica.

Pacatamente, assaporando riga dopo riga, come a una fonte d'acqua pura e inesauribile.

Per cogliere come “L'arte di prendersi cura delle persone implica l'applicazione del giudizio clinico, della scienza infermieristica, dell'intuito, dell'empatia e delle capacità tecniche”.

Sapendo benissimo che nel frattempo:

- le traduzioni delle diagnosi NANDA-I si susseguono a ritmo incalzante anche in Italia;
- gli studenti infermieri, con alcuni infermieri docenti e con un nutrito gruppo di infermieri clinici, hanno iniziato con passio-

ne la sfida di erogare nei servizi e nelle unità operative un'assistenza personalizzata con l'applicazione del processo di assistenza infermieristica in tutte le sue fasi,

- l'uso di documentazione clinica infermieristica (la cosiddetta "cartella infermieristica") diventa sempre più quotidiano e sempre più spesso compaiono gli 11 modelli funzionali della salute di Gordon e le tassonomie collegate alle diagnosi infermieristiche NANDA-I, ai risultati infermieristici NOC e agli interventi infermieristici NIC.

Arrivate "da fuori" le diagnosi infermieristiche sono state bollate con varie accezioni in negativo e in positivo.

In Negativo	versus	In Positivo
Sono astruse	vs	Si capiscono
Sono difficili	vs	Sono utilizzabili
Non servono	vs	Non se ne può fare a meno
Riguardano un'altra cultura "non nostra"	vs	Si possono adottare con le nostre specificità culturali
		Orientano l'assistenza infermieristica
		Uniscono in un linguaggio comune l'infermieristica
		Rendono l'infermiere autonomo e responsabile
		Permettono, a partire dalla clinica, lo studio, la formazione e la ricerca infermieristica
	

Alcuni elementi **caratterizzanti** di questo *testo storico* sono:

1. l'**infermiere** considerato un **professionista della salute**, responsabile dell'assistenza infermieristica, capace di dare in modo autonomo e responsabile il proprio contributo professionale all'assistito (persona, famiglia, gruppo, comunità);
2. l'adozione del **modello teorico** degli 11 modelli funzionali della salute;
3. il processo di assistenza infermieristica utilizzato come **metodo induttivo-deduttivo**, ovvero la via, il cammino, come l'insieme di fasi e di regole per esplicitare l'assistenza infermieristica;
4. la focalizzazione sul pensiero critico e sul **ragionamento diagnostico** "cervello, cuore e motore energetico" all'interno del processo di assistenza infermieristica;
5. l'adozione di un **linguaggio standardizzato** ovvero la tassonomia delle diagnosi NANDA - I;
6. il continuo richiamo alla **letteratura scientifica infermieristica** e non solo, al fine di radicare e centrare nel presente concetti, idee, affermazioni;
7. il continuo **cercare intellettuale**, tra analisi delle situazioni e sintesi concettuali "provvisorie" in una tensione tra teoria e applicazione concreta, reale, alla persona assistita;
8. il senso di una tensione verso il **futuro** e ciò che gli infermieri potranno indagare, ricercare, scoprire, sistematizzare teoricamente e nella clinica quotidiana, che traspare da ogni riga, paragrafo, capitolo.

Proporre questo testo nel 2009 alla professione infermieristica italiana composta da studenti, professionisti clinici, docenti, dirigenti è un atto di fiducia.

Nel nostro camminare quotidiano a volte si è portati a vedere molte ombre e poche luci...

Io credo che, come infermieri, possiamo portare "**luce**" ... con il nostro modo di essere, di *sàpère* (il sapore di sapere), di volere, di agire.

Essere "**signori**" all'interno del proprio specifico sapere disciplinare infermieristico con scienza e con arte, con metodo, con pensiero critico e ragionamento diagnostico, con strumenti assistenziali e operativi propri.

Essere "**consapevolmente autonomi**" con la forza e la capacità di reggere la propria parte di responsabilità per rispondere in modo pacato, sereno, umano ai problemi di salute dell'utente.

Questa autonomia è possibile solo se si è in grado di "stare in piedi e rispondere del proprio operato" con prestazioni che realmente incidono sulla salute dell'assistito inteso come persona, famiglia, gruppo, comunità.

Solo allora è possibile "**l'interdipendenza con le altre figure professionali**" ovvero la

capacità di essere “team multiprofessionale vincente” che sa interfacciarsi, unirsi, affiancare, senza mescolarsi e senza confondersi in un rispetto professionale reciproco al fine di assicurare alla persona con bisogni/problemi di salute il miglior percorso assistenziale integrato.

Servono, conoscenze, metodo, linguaggio, esperienze.

Serve capacità di ricevere e di dare, di imparare e di insegnare.

E Marjory Gordon ci conduce quasi “per mano”, attraverso i 12 capitoli del libro, le numerose appendici, arricchite da molteplici note e

aggiunte frutto del cammino infermieristico del XXI secolo, nel mondo affascinante del ragionamento diagnostico, della teoria e della applicazione delle diagnosi infermieristiche.

Un grazie grande all'editore e a tutto lo staff della CEA che con dedizione, passione e competenza hanno reso possibile la sua pubblicazione.

L'amore fa.

L'amore per le persone e per la bellezza fa.

Luisa Anna Rigon
Infermiere¹.

¹ Infermiere dal 1977.

Diploma di Assistente Sanitario, Diploma Universitario di Infermiere Insegnante Dirigente, Diploma di Laurea in Infermieristica, Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche.

Fondatore, Presidente e Formatore di Formazione in Agorà – Scuola di Formazione alla Salute.

Professore a Contratto SSD/MED 45 ai corsi di:

- Laurea in Infermieristica – insegnamento in Area Critica – presso l'Università degli Studi di Padova.
- Master in Case Manager e Wound Care presso l'Università degli Studi di Firenze.
- Master in Infermieristica Clinica di Famiglia per la Sanità Pubblica presso l'Università degli Studi di Siena – sede Campus Formazione – Azienda USL 9 di Grosseto.
- Master in Case Manager presso l'Università degli Studi di Padova.

Nota terminologica

Già da qualche anno la CEA, Casa Editrice Ambrosiana, sta operando, attraverso diverse iniziative che coinvolgono professionisti e studiosi del settore, per dare il suo contributo sia alla definizione, in termini di contenuti e metodi, del campo di attività dell'infermiere (fenomeni che affronta, interventi che eroga, risultati a cui mira) sia alla standardizzazione del linguaggio infermieristico.

Il primo passo formale, in questo senso, è stato compiuto con la pubblicazione, avvenuta nel 2004, della traduzione ufficiale del testo di NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), *Diagnosi infermieristiche, definizione e classificazione 2003-2004*. A somiglianza di quanto realizzato in altri paesi per altre lingue, a fianco del traduttore principale è stato costituito un gruppo di lavoro, formato da numerosi professionisti del settore infermieristico, di varia provenienza, che si è occupato di concordare la terminologia con la quale scrivere in italiano i titoli e le definizioni delle diagnosi. Il repertorio che il gruppo ha prodotto è stato utilizzato da CEA per uniformare il linguaggio infermieristico dell'ambito diagnostico per tutte le proprie pubblicazioni ed è mantenuto aggiornato attraverso la pubblicazione, che avviene ogni due anni, delle nuove edizioni del testo ufficiale di NANDA-I.

Il successo ottenuto ha stimolato la definizione di un progetto analogo, finalizzato alla realizzazione di una traduzione condivisa dei titoli della versione 2000 delle classificazioni NOC (*Nursing Outcomes Classification*) e NIC (*Nursing Interventions Classification*). Questo secondo progetto è poi proseguito con la traduzione del testo ufficiale di S. Moorhead, M. Johnson e M. Maas, *Classificazione NOC dei Risultati Infermieristici*, e del testo ufficiale di J. McCloskey Dochterman e G.M. Bulechek, *Classificazione NIC degli Interventi Infermieristici*. Questa ha permesso di aggiornare alla versione 2004 delle classificazioni la terminologia precedentemente utilizzata per la traduzione dei titoli dei risultati NOC e degli interventi NIC e di far condividere al gruppo di lavoro anche la traduzione delle relative definizioni. Anche in questo caso, il gruppo di esperti è riuscito ad arrivare a una terminologia comune e il repertorio messo a punto è stato utilizzato per uniformare il linguaggio infermieristico per quanto riguarda la definizione degli obiettivi dell'assistito e i relativi interventi infermieristici.

Tutti i nuovi volumi relativi all'ambito infermieristico pubblicati da CEA utilizzano questa *terminologia ufficiale*, in continua evoluzione, al fine di costituire un catalogo infermieristico dal linguaggio coerente, che favori-

sca anche la ricerca e il confronto in seno alla comunità professionale del nostro paese.

La conformità dei diversi volumi alla terminologia illustrata viene evidenziata attraverso l'inserimento dei loghi di “Traduzione

verificata NANDA” e “Traduzione verificata NOC e NIC” accanto ai quali appaiono i nomi di coloro che hanno partecipato alla validazione della terminologia o aderito al progetto di uniformazione proposto.



Diagnosi infermieristica: evoluzione e contesto

Nel corso del XX secolo il giudizio clinico nell'assistenza infermieristica si è sviluppato in una componente evidente della clinica e in un concetto essenziale nella formazione.

Da sempre gli infermieri raccolgono informazioni attraverso il processo di accertamento e usano tali informazioni per formulare giudizi sul bisogno di assistenza della persona¹. Circa trent'anni fa questo processo ha iniziato a essere denominato *diagnosi infermieristica*.

L'identificazione di un linguaggio diagnostico ha permesso di dare un titolo ai giudizi clinici e di individuare i problemi di salute di sola ed esclusiva pertinenza dell'assistenza infermieristica.

L'implementazione nella pratica clinica delle diagnosi infermieristiche ha richiesto agli infermieri sia l'affinamento delle loro abilità di giudizio diagnostico, sia l'assunzione di responsabilità delle diagnosi infermieristiche da loro formulate.

Man mano che le diagnosi infermieristiche venivano implementate nei contesti clinici, diventavano sia la base per accertare la qualità dell'assistenza infermieristica erogata, sia una misura delle responsabilità nei confronti degli assistiti. I direttori dei dipartimenti infermieristici e delle strutture sanitarie hanno iniziato a rendersi conto che le diagnosi infermieristiche, insieme alle diagnosi mediche, rappresentavano un mezzo per determinare sia la composizione e le competenze dello staff

necessarie all'erogazione dell'assistenza, sia i costi dell'assistenza infermieristica erogata.

La pratica professionale infermieristica poteva finalmente essere distinta da quella degli altri livelli.

Quando negli ospedali e nelle strutture di comunità le cartelle degli assistiti sono diventate computerizzate, le statistiche relative a diagnosi infermieristiche, interventi e risultati si sono rese disponibili per la pratica, la ricerca, la formazione e la pianificazione sanitaria. La richiesta di conoscenze sul trattamento dei problemi di salute descritti dalle diagnosi infermieristiche ha spostato l'attenzione dei ricercatori su tali problemi.

Oggi², rispetto al passato, è più probabile che la ricerca sia descritta in letteratura con un linguaggio *comune e uniforme*.

Tali sviluppi hanno portato a un incremento nell'uso delle diagnosi infermieristiche e hanno migliorato l'assistenza.

Ma queste innovazioni sono adottate in tutte le strutture infermieristiche?

Non ancora, però c'è una forte evidenza che l'assistenza infermieristica si stia muovendo in questa direzione.

Per questa ragione è importante comprendere il concetto e la definizione di diagnosi infermieristica, così come la sua evoluzione all'interno della professione.

La comprensione delle diagnosi infermieristiche inizia dalla conoscenza della loro evolu-

¹ Si ricorda che il soggetto dell'assistenza infermieristica può essere una persona, una famiglia o una comunità [N.d.C.].

² Si ricorda che l'edizione in lingua originale di questo testo è stata pubblicata nel 1994, quindi quasi 15 anni fa, e rappresenta uno dei testi storici dell'infermieristica internazionale [N.d.C.].

zione. Questo capitolo descrive il **percorso del concetto di diagnosi** dalla sua prima apparizione nella letteratura infermieristica fino all'attuale ruolo che ha nel processo di assistenza, nella pratica infermieristica e nell'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Il capitolo 2 studia le analogie e le differenze tra diagnosi medica e diagnosi infermieristica, oltre alle caratteristiche concettuali e strutturali delle categorie diagnostiche.

Dopo aver studiato il capitolo 3, che contrappone e confronta la diagnosi infermieristica con la diagnosi di altri professionisti della salute nell'esercizio della loro pratica, si avrà una visione globale del concetto.

I capitoli successivi sono dedicati all'apprendimento del **metodo** di formulazione di una diagnosi infermieristica che consente di orientare il trattamento infermieristico. Il primo requisito è una buona comprensione della prospettiva infermieristica, che si può ottenere esaminando i modelli della pratica che guidano l'accertamento e la diagnosi; anche questi modelli forniscono un orientamento per lo sviluppo dei piani di trattamento infermieristici.

Il capitolo 4 considera le diagnosi dalla prospettiva di diversi modelli di assistenza.

Il capitolo 5 presenta un formato per l'accertamento di un modello funzionale della salute compatibile con tali modelli. Questo formato per l'accertamento è usato oggi in diversi contesti sanitari e permette all'infermiere di passare dai dati alla diagnosi con il minimo sforzo cognitivo.

Il capitolo 6 contiene una panoramica delle diagnosi infermieristiche (cioè, dei modelli di sfunzionali).

Dopo aver studiato che cosa accertare e le diagnosi comuni, il lettore sarà guidato attraverso il processo diagnostico, iniziando dalla raccolta di informazioni, com'è descritto nel capitolo 7.

I capitoli 8 e 9 spostano l'attenzione sull'espressione di un giudizio diagnostico e sulla formulazione di un problema.

La comprensione delle diagnosi infermieristiche e del processo diagnostico preparerà il lettore per il capitolo 10, che si sofferma sull'uso della diagnosi nell'assistenza diretta. In

questo capitolo rientrano anche le discussioni sulla responsabilità legale e morale, sugli standard di assistenza e sulla comunicazione attraverso la documentazione scritta e computerizzata.

Il capitolo 11 contiene nuove opinioni sulle annose questioni correlate all'esercizio professionale, quali la rilevanza delle diagnosi infermieristiche per la certificazione della qualità dell'assistenza, l'allocazione del personale, la previsione e il contenimento dei costi. Alle diagnosi infermieristiche sono anche collegati aspetti relativi agli scopi dell'assistenza infermieristica e allo sviluppo della teoria infermieristica.

Il capitolo 12 prende in esame lo sviluppo di un sistema di classificazione delle diagnosi infermieristiche, oltre a una a breve analisi della ricerca sulla diagnosi infermieristica e dei metodi di studio clinico a essa collegati. Si suppone che il lettore sarà entusiasta del concetto di diagnosi e che vorrà contribuire al suo sviluppo e indirizzo. Il capitolo 12 analizza i metodi per identificare e sperimentare sul piano clinico le categorie diagnostiche.

In breve, questo libro è dedicato all'area della pratica clinica descritta dalle diagnosi infermieristiche.

Esso affronta la natura della diagnosi, il processo diagnostico e l'applicazione di tali concetti alla pratica infermieristica.

Percorso storico

Il termine *diagnosi infermieristica* ha una storia relativamente breve; così come la pratica attuale, esso risale alla nascita dell'assistenza infermieristica moderna.

Florence Nightingale e le sue colleghe hanno diagnosticato i deficit nutrizionali e altri problemi di salute evidenziati dai feriti della guerra di Crimea. Sulla base di quelle diagnosi infermieristiche sono stati attuati interventi per migliorare il sistema di cura negli ospedali militari.

È stato necessario un altro lungo secolo prima che gli infermieri potessero riappropriarsi dell'immagine di diagnosta, epidemiologo e ricercatore che Florence Nightingale aveva suggerito.

In questo paragrafo, una panoramica sulle diagnosi infermieristiche preparerà il lettore per uno studio più approfondito nei capitoli successivi.

Le questioni salienti connesse allo sviluppo³ e alla classificazione delle categorie diagnostiche saranno evidenziate dalla prospettiva del contesto storico attuale. Dopo un processo durato 20 anni, è interessante riflettere su come le diagnosi hanno influenzato l'assistenza infermieristica e su come altri sviluppi nell'assistenza infermieristica hanno influenzato le diagnosi infermieristiche.

Evoluzione delle diagnosi infermieristiche

Circa a metà del XX secolo, all'assistenza infermieristica fu applicato il metodo scientifico del *problem solving*; questo, a sua volta, condusse all'idea di processo di assistenza infermieristica.

Questo processo comportava l'identificazione di problemi infermieristici in atto e la presa di decisioni durante l'assistenza, modificando così il ruolo dell'infermiere. Gli interventi prescritti dagli infermieri si aggiunsero agli interventi prescritti dal medico, che prima costituivano l'essenza della pratica.

Data la previsione di aumento delle patologie croniche, è interessante notare come il primo e principale uso clinico delle diagnosi infermieristiche si ebbe nell'assistenza alle persone con disabilità e con patologie croniche,

³ Determinati termini saranno usati come sinonimi di categoria diagnostica, concetto diagnostico e diagnosi infermieristica.

Categoria diagnostica si riferisce a una condizione o a un problema di salute reale o potenziale. È usato in riferimento a una suddivisione all'interno di un sistema di classificazione, come quelli elencati nelle appendici da A a D.

Concetto diagnostico è usato in riferimento ai fondamenti conoscitivi concettuali o al supporto teorico del problema e all'applicazione di tale conoscenza ai dati clinici.

Diagnosi infermieristica è il termine comune di ciascuna delle condizioni o dei problemi di salute reali o potenziali elencati nell'Appendice A.

Enunciazione di diagnosi infermieristica è la denominazione del giudizio diagnostico di un problema e dei fattori eziologici o correlati; in genere è usato per riassumere una serie di segni e sintomi specifici.

un'area in cui gli interventi prescritti dal medico erano scarsi. Nei primi anni '60 Bonney e Rothberg^[1] hanno utilizzato la diagnosi infermieristica come strumento di valutazione dell'assistito per prevederne i bisogni di assistenza. L'obiettivo era usare le diagnosi infermieristiche degli assistiti sia per prevedere l'organico infermieristico necessario nelle strutture per lungodegenti, sia come nucleo centrale dell'intervento infermieristico.

Come ha scritto uno degli autori in un altro libro:

Eravamo decisi a dimostrare che il processo di assistenza era un processo cognitivo, che non si fondava solo su un lavoro manuale, ma consisteva di un processo logico e coerente, un processo in grado di programmare dei risultati [...]. Il punto cruciale sotteso all'intero movimento (l'uso della diagnosi infermieristica) è che l'assistenza infermieristica è un processo cognitivo (in aggiunta agli aspetti intuitivi e pratici che la caratterizzano) e la buona assistenza infermieristica è il risultato di un'analisi ponderata^[2].

I modelli concettuali del processo di assistenza infermieristica sono apparsi nella letteratura verso la fine degli anni '60, quando gli infermieri hanno incominciato a identificare i tipi di trattamento e di obiettivi che rientravano nella sfera di attività dell'assistenza infermieristica.

Nel contesto di questo processo, è avvenuto il passaggio dai problemi infermieristici (*problemi e obiettivi terapeutici*) alla diagnosi infermieristica (*problemi dell'assistito*). Su questo passaggio hanno avuto un'influenza rilevante la pubblicazione degli standard della pratica clinica e la prima conferenza sulle diagnosi infermieristiche.

Nel 1973 due membri della facoltà dell'Università di Saint Louis, Kristine Gebbie e Mary Ann Lavin, hanno convocato una conferenza nazionale a invito. Le ragioni per convocare la *Prima Conferenza sulla Classificazione delle Diagnosi Infermieristiche* sono state duplice.

Per prima cosa, gli amministratori desideravano conoscere i dati infermieristici che sarebbero stati inseriti nei sistemi di documentazione computerizzata che avrebbero, di lì a poco, sostituito le cartelle infermieristiche. Al-

l'epoca, i problemi specifici della pratica infermieristica non avevano una propria denominazione. Gli infermieri usavano la terminologia medica standard ed estendevano tale terminologia per racchiudere ciò che essi vedevano da una prospettiva infermieristica.

In secondo luogo, gli ospedali, in un iniziale sforzo di contenimento dei costi, volevano sapere perché nelle strutture ambulatoriali gli assistiti erano visitati da due figure assistenziali. Perché un assistito avrebbe dovuto vedere sia l'infermiere sia il medico? Non facevano la stessa cosa^[3]?

Lo scopo dichiarato della prima conferenza era identificare e classificare le condizioni diagnosticate e trattate dagli infermieri.

La *classificazione*, o *categorizzazione*, comporta l'identificazione, l'assegnazione di un nome e l'accorpamento in modo sistematico delle diverse entità sulla base delle loro relazioni. Il termine **Tassonomia diagnostica** si riferisce sia al sistema di classificazione sia alle regole per classificare le diverse condizioni.

In questo testo i termini sistema di classificazione e tassonomia saranno usati in modo interscambiabile.

L'importanza di disporre di categorie o classi di diagnosi è che inserendo i dati dell'accertamento in una *categoria diagnostica*, è possibile "spiegare" i dati e attingere a tutta la conoscenza clinica sulla relativa categoria depositata in memoria.

Alcuni fra i primi autori che hanno trattato di *diagnosi infermieristiche*^[4-7] avevano già usato il termine diagnosi infermieristica e riconosciuto l'importanza del giudizio clinico, ma questa prima conferenza ha rappresentato lo sforzo iniziale per sviluppare un linguaggio in grado di descrivere i giudizi diagnostici. Finché la terminologia non ha iniziato a svilupparsi, non era disponibile alcun linguaggio chiaro e coerente per l'uso nei contesti clinici. Agli infermieri si insegnava a non formulare giudizi; per esempio, dovevano dire: "Sembra che sanguini".

Durante la prima conferenza sulla diagnosi infermieristica, nel 1973, gli infermieri hanno dimostrato con chiarezza che già formulavano giudizi diagnostici e terapeutici, e

che avvertivano la necessità di un *linguaggio* per comunicare tali giudizi.

Con il progredire dell'attività di classificazione, per alcuni infermieri e alcuni medici la necessità di un linguaggio diagnostico è diventata una sfida in cui cimentarsi.

Perché gli infermieri avevano bisogno di un linguaggio diverso, e perché dovevano usare il termine *diagnosi*?

Negli anni '70 inoltrati, molti ritenevano che la diagnosi rientrasse esclusivamente nella sfera del linguaggio utilizzato dai medici. Levine^[8] suggerì il termine *troficognosi* per esprimere più chiaramente l'idea di diagnosi infermieristica. Altri pensavano che il termine *diagnosi infermieristica* fosse più facile da comprendere all'interno delle professioni sanitarie. King^[9], un medico, ha contestato l'idea che il processo cognitivo di diagnosi sia un'esclusiva della professione medica.

Un processo cognitivo, oppure intellettuale, non appartiene ad alcun specifico gruppo professionale.

Tradizionalmente, la diagnosi fu associata al campo della medicina, ma i tempi e i linguaggi cambiano.

La parola "diagnosi" viene ora usata per riferirsi a un processo di giudizio; per esempio, si può portare un'automobile dal meccanico per una "*diagnosi clinica*" sulla "*meccanica dell'auto*".

Oggi il termine *Diagnosi infermieristica* ricorre ampiamente nei periodici, nei testi scolastici e nei manuali, a indicare l'accettazione di un modo di descrivere condizioni riconducibili a un intervento infermieristico.

È interessante che le stesse preoccupazioni sulla parola *diagnosi* sorgano anche in altri paesi nel momento in cui gli infermieri iniziano ad applicare le diagnosi infermieristiche.

Alla Prima Conferenza Nazionale, gli infermieri clinici, i formatori, i ricercatori e i teorici presenti^[4] hanno elaborato un elenco di diagnosi. Alcuni hanno criticato il fatto che i primi gruppi di lavoro alla conferenza hanno adottato un approccio per sistemi biomedici per identificare le condizioni diagnosticate e trattate dagli infermieri.

Fino al 1973 la struttura di pensiero prevalente nelle situazioni cliniche è stata l'ap-

proccio biomedico, e quindi per i partecipanti ha costituito un utile punto di partenza. L'elenco delle diagnosi rifletteva una prospettiva e un interesse che andavano ben oltre i sistemi biomedici.

A partire dal 1973 sono stati pubblicati gli atti di **nove successive conferenze**⁴. Nel corso di ciascuna conferenza, i partecipanti approvavano i termini diagnostici che descrivevano problemi di salute reali e potenziali o tenevano dei forum sulle diagnosi proposte, che poi erano sottoposte al voto degli iscritti all'associazione. Attualmente, la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)^[10] ha accettato 119 specifiche diagnosi per la sperimentazione clinica: le diagnosi sono elencate in ordine alfabetico nell'appendice A⁵.

Nel **1975** la classificazione delle diagnosi secondo i modelli funzionali della salute ha favorito l'apprendimento del processo diagnostico, oltre ad aver stabilito la relazione tra le categorie dell'accertamento e le diagnosi. La tipologia dei modelli funzionali della salute, comprendenti le diagnosi della NANDA e poche altre, è stata poi pubblicata nella prima edizione di questo libro⁶. L'appendice B contiene i raggruppamenti delle diagnosi secondo i modelli funzionali della salute proposti per l'uso clinico.

Nel **1986** la NANDA inserì le diagnosi in una struttura di modelli di risposte umane, sviluppata originariamente, fra il 1978 e il 1982⁷, dai teorici dell'infermieristica. Oggi le

⁴ L'ultima conferenza svolta è stata la diciannovesima e si è tenuta alla fine del 2008. Quest'ultima conferenza ha prodotto l'elenco ufficiale delle 201 diagnosi 2009-2011^[12] [N.d.C.].

⁵ Le diagnosi ufficialmente approvate da NANDA-I per il biennio 2007-2008 erano 187, mentre la nuova edizione 2009-2011 della tassonomia ne prevede 201 [N.d.C.].

⁶ L'elenco delle diagnosi approvate nel corso della conferenza del 2008 è pubblicato in Italia dalla Casa Editrice Ambrosiana: *NANDA-I, Diagnosi infermieristiche 2009-2011: definizioni e classificazione*, CEA, Milano, 2009.

⁷ Originariamente il modello teorico conteneva nove modelli e fu elaborato da un gruppo di teorici e denominato "Patterns of Unitary Man" (Modelli di uomo unitario). Vedere Kirn, M.J. e Mortiz D.A. (a cura di), *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the third and fourth national conferences*, New York, 1981, McGraw-Hill. Sebbene questo lavoro sia stato interpretato da alcuni come una conseguenza della struttura concettuale di Martha Rogers, esso era il prodotto del gruppo di teo-

diagnosi sono ordinate in una struttura che rappresenta un adattamento di quella proposta dai teorici (appendice C)⁸.

Ogni **due anni**, a seguito del processo di revisione cui sono sottoposte le diagnosi, vengono aggiunti ulteriori gruppi di diagnosi al sistema di classificazione denominato *Tassonomia I*^[11].

Probabilmente molti ritengono incompleto l'elenco dei problemi di salute diagnosticati e trattati dagli infermieri, *ma il lavoro di identificazione, di perfezionamento e di classificazione delle diagnosi continua*.

Tutto il sapere scientifico è fondato su tentativi, e questo è particolarmente vero nel caso di una classificazione di problemi di salute, la maggior parte dei quali non sono stati sperimentati formalmente nella pratica clinica o sottoposti a un'analisi concettuale. È importante ricordare questo avvertimento usando le categorie diagnostiche.

Sebbene esistano limitazioni, i clinici ritengono che l'uso di un linguaggio diagnostico semplifichi molto la pratica e chiarisca ciò che essi offrono ai loro assistiti.

Responsabilità nello sviluppo di un sistema di classificazione

I partecipanti alla Prima Conferenza Nazionale per la Classificazione delle Diagnosi Infermieristiche, nel 1973, hanno istituito un gruppo di coordinamento chiamato Task Force del Gruppo Nazionale di Classificazione delle Diagnosi Infermieristiche. Questa Task Force era indipendente da qualunque organizzazione professionale e i suoi appartenenti si ingegnarono per finanziare in modo creativo la propria presenza agli incontri.

rici elencati nell'appendice E. Il Dr. Phyllis Kritek (Chairperson, 1982-1987), il Dr. Joyce Fitzpatrick (Chairperson, 1987-1992) e il Comitato per la tassonomia della NANDA guidarono lo sviluppo della tassonomia in Modelli di Risposte Umane. L'appendice F contiene le definizioni originali e correnti/attuali dei nove modelli.

⁸ A partire dal 1998 le diagnosi infermieristiche ufficialmente approvate da NANDA-I sono ordinate secondo una struttura denominata *Tassonomia II* di NANDA-I, evoluzione della *Tassonomia I* presentata in questo testo [N.d.C.].

La Task Force ha stabilito l'orientamento per il lavoro di classificazione, ha esaminato i risultati, ha pianificato le conferenze, ha incoraggiato la partecipazione e ha istituito un ufficio di riferimento presso l'Università di Saint Louis.

Nel 1982 l'organizzazione è stata incorporata nella North American Nursing Diagnosis Association, riflettendo in tal modo *la cooperazione tra gli infermieri statunitensi e quelli canadesi*⁹.

Sono stati eletti un presidente e un comitato direttivo ed è stata allestita una commissione comprendente un gruppo di lavoro per la revisione delle diagnosi che vengono sottoposte, per l'elaborazione della tassonomia e per la classificazione delle diagnosi approvate.

Storicamente, alla prima conferenza nazionale Gebbie e Lavin^[3] hanno stabilito un *principio fondamentale*: tutti gli infermieri avrebbero dovuto sentirsi direttamente coinvolti nell'elaborazione e nella classificazione delle diagnosi.

La classificazione appartiene a tutti gli infermieri, non solo a un gruppo elitario di "elaboratori". Fino a ora centinaia di infermieri ha partecipato al lavoro di classificazione.

Come si vedrà in seguito, il lavoro da fare è ancora molto; gli infermieri hanno bisogno di riunirsi per proporre, perfezionare e classificare le diagnosi infermieristiche¹⁰. Come sarà spiegato nel capitolo 12, dal 1973 il processo di presentazione e di revisione delle diagnosi ha subito molte modifiche.

Altri sistemi di classificazione che contengono tutte o in parte le diagnosi appartenenti alla tassonomia NANDA sono l'American Nurses Association (ANA) Council of Psychiatric and Mental Health Nursing Classification, l'Omaha Visiting Nurses Association Classification of Nursing Problems e la Geor-

getown University Home Health Care Classification Project. Questi sistemi sono trattati nel capitolo 12. La maggior parte delle strutture di assistenza sanitaria che adotta modelli di pratica professionale impiega le diagnosi della tassonomia NANDA.

Nel 1988, nel continuo sforzo a sostegno dei sistemi di classificazione per la pratica infermieristica e di un sistema unificato di linguaggio infermieristico, l'ANA ha riconosciuto la NANDA come organizzazione responsabile per lo sviluppo, la revisione e l'approvazione delle diagnosi infermieristiche. È stato stabilito un modello collaborativo che all'interno dell'ANA avrebbe usato i gruppi di specialità come revisori delle diagnosi^[13].

Questa e altre azioni, che saranno valutate nel paragrafo successivo, hanno influenzato lo sviluppo di un linguaggio diagnostico per la pratica clinica.

Influenze sullo sviluppo di un sistema di classificazione

È interessante riflettere sul modo in cui le diagnosi infermieristiche hanno influenzato (e sono state influenzata da) gli straordinari cambiamenti nella professione infermieristica nel XX secolo. La storia dello sviluppo delle diagnosi infermieristiche è strettamente intrecciata con lo sviluppo dell'assistenza infermieristica. Tale relazione non è inattesa, poiché il centro d'interesse delle diagnosi e del trattamento infermieristico è lo stesso dell'assistenza infermieristica.

Il riconoscimento da parte delle associazioni professionali del concetto di diagnosi infermieristica come strumento cognitivo utile per la pratica clinica ne ha influenzato l'applicazione. Nei primi anni '70 il dover rispondere del proprio operato nella pratica costitutiva un problema, e l'ANA ha elaborato degli standard per guidare gli infermieri a valutare la propria pratica e rispondere del proprio operato nei confronti dell'assistito. Gli standard sono stati pubblicati nel 1974; lo Standard II affermava: "Le diagnosi infermieristiche scaturiscono dalle condizioni di salute^[14]".

Da quel momento le persone assistite si aspettano che gli infermieri esperti conduca-

⁹ Nel 2006 la NANDA ha aggiunto il termine International al suo nome, per dare evidenza dell'espansione dell'associazione all'esterno degli Stati Uniti e del Canada; al momento attuale viene quindi indicata con l'acronimo NANDA-I [N.d.C.].

¹⁰ Contattare NANDA, 1211 Locust St., Philadelphia, PA 19107. Fanno parte della NANDA infermiere attivamente coinvolte nell'identificazione e classificazione delle diagnosi infermieristiche. Fino al 1982 si chiamava National Group for Classification of Nursing Diagnoses.

Modelli funzionali della salute: una struttura per l'accertamento

Il capitolo 4 ha presentato varie modalità di pensiero relative all'assistenza infermieristica vista alla luce di diverse prospettive concettuali e ha affermato che le strutture che guidano la pratica clinica devono essere astratte, altrimenti non sarebbero utili nei diversi ambiti dell'assistenza infermieristica o quando si interviene su differenti gruppi di persone.

Tuttavia, per effettuare l'accertamento sono necessarie anche linee guida specifiche.

Questo capitolo presenta una serie di modelli della salute che specificano le aree in cui la raccolta delle informazioni è fondamentale indipendentemente dal tipo di struttura concettuale utilizzata.

Il capitolo si propone di:

- discutere il concetto di modello della salute;
- definire gli 11 modelli proposti;
- aiutare il lettore a comprendere il modo in cui questi modelli forniscono una struttura per l'accertamento e un database fondamentale per la diagnosi infermieristica.

Il termine *accertamento* significa valutazione.

Nell'assistenza infermieristica il termine è adoperato per descrivere la valutazione, effettuata sia all'inizio sia in momenti successivi, delle condizioni di salute di una persona, una famiglia o una comunità.

L'*accertamento intenzionale e sistematico* è un processo premeditato basato su un piano di raccolta e di organizzazione delle informazioni, esemplificato nella tipologia dei modelli funzionali della salute proposta nel prossimo paragrafo.

La raccolta delle informazioni è organizzata in modo tale da semplificare la valutazione della salute e la diagnosi infermieristica.

Le aree del modello della salute costituiscono un formato per l'accertamento standard di un database essenziale, indipendentemente dall'età, dal livello di assistenza o dalla patologia clinica della persona assistita.

Le aree del modello riservano ulteriori vantaggi:

1. Non devono essere continuamente riapprese. La loro applicazione si espande con l'accumularsi della conoscenza clinica all'interno dell'ambito della pratica o della specialità infermieristica o, nel caso degli studenti, all'interno delle specialità infermieristiche in cui s'imbattono.
2. Conducono direttamente alle diagnosi infermieristiche (appendice B).
3. Sono caratterizzate da un approccio olistico all'accertamento funzionale umano in ogni settore e per ogni gruppo d'età in un qualunque momento del continuum salute-malattia. Incorporano i concetti di interazione persona-ambiente, di età/livello di sviluppo, di salute-malattia e di cultura, secondo la visione olistica dei modelli di vita dinamici.
4. Guidano la raccolta delle informazioni sulla vita dell'assistito, della famiglia o della comunità e sulla loro esperienza degli eventi e dei problemi correlati alla salute e alla sua gestione.

Tutti gli esseri umani condividono alcuni modelli funzionali che contribuiscono alla salute,

alla qualità della vita e alla realizzazione del potenziale umano.

Tali modelli comuni sono il centro di interesse dell'accertamento infermieristico.

La descrizione e la valutazione dei modelli della salute consentono all'infermiere di identificare i **modelli funzionali** (punti di forza dell'assistito) e i **modelli disfunzionali** (diagnosi infermieristiche).

Entrambe le concezioni, tradizionale e contemporanea, della pratica dell'assistenza infermieristica, sono rappresentate in un insieme di categorie conciso e facile da apprendere.

Prima di proseguire il discorso relativo ai modelli funzionali della salute, consideriamo le definizioni abbreviate contenute nell'inserito che segue (gli 11 modelli sono ampiamente definiti nell'appendice G).

I modelli funzionali della salute possono essere usati in molti modi:

1. Come un formato per organizzare i dati dell'accertamento (appendice H) e come una struttura per raggruppare le diagnosi infermieristiche (appendice B).
2. Come un sistema per organizzare la conoscenza clinica. I corsi e i curricula che usano questi modelli sono stati inseriti in molti programmi formativi.
3. Come un sistema per organizzare la letteratura clinica: resoconti sulla classificazione degli atti delle conferenze e recensioni della letteratura.
4. Come argomenti per la ricerca clinica sui modelli della salute¹.

A questo punto concentriamoci sul comprendere il concetto di modelli funzionali della salute e quindi decidere se questa struttura costituisce un database essenziale per pervenire a una comprensione olistica del modello di vita della persona assistita.

¹ I vari usi dei modelli funzionali della salute sono espressi nella bibliografia alla fine del libro. In Rossi, L. *Organizing data for nursing diagnoses using functional health patterns* si possono trovare commenti sull'organizzazione della letteratura o sui rapporti delle conferenze. In McLane, A. (a cura di), *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the seventh conference*, St Louis, 1987, Mosby.

Tipologia degli 11 modelli funzionali della salute*

Modello di percezione e di gestione della salute

Descrive il modello di salute e di benessere percepito dalla persona e le modalità di gestione della salute.

Modello nutrizionale e metabolico

Descrive il modello di assunzione di cibo e di liquidi correlato agli indicatori del fabbisogno metabolico nei vari distretti dell'organismo.

Modello di eliminazione

Descrive i modelli della funzione escretoria (intestino, vescica e cute).

Modello di attività e di esercizio fisico

Descrive i modelli dell'esercizio fisico, di altre attività, del tempo libero e delle attività ricreative.

Modello di riposo e di sonno

Descrive i modelli di sonno, riposo e rilassamento.

Modello cognitivo e percettivo

Descrive i modelli sensoriale-percettivo e cognitivo.

Modello di percezione di sé-concetto di sé

Descrive il modello del concetto di sé e delle percezioni di sé della persona (per esempio, concetto di sé/valore, immagine corporea, stato delle emozioni).

Modello di ruoli e di relazioni

Descrive il modello delle relazioni e delle responsabilità correlate al ruolo della persona.

Modello di sessualità e di riproduzione

Descrive i modelli di soddisfazione e insoddisfazione della persona correlati alla sfera della sessualità; descrive il modello riproduttivo.

Modello di coping e di tolleranza allo stress

Descrive il modello generale di coping della persona e l'efficacia del modello in termini di tolleranza allo stress.

Modello di valori e di convinzioni

Descrive i modelli dei valori, delle convinzioni (comprese quelle spirituali) e gli obiettivi che orientano le scelte o le decisioni della persona.

*Le aree del modello sono state classificate dall'autrice a metà degli anni '70 per insegnare l'accertamento e la diagnosi al Boston College School of Nursing. I colleghi hanno proposto alcuni modesti cambiamenti nei titoli e nel contenuto. I concetti di accertamento di Faye E. McCain e di Dorothy Smith hanno avuto un'influenza particolare, come anche i commenti degli specialisti clinici e degli studenti che hanno revisionato e sperimentato le categorie nella pratica.

Modelli funzionali della salute: una struttura per l'accertamento

L'elenco delle aree di accertamento sopra riportato usa il termine modello, definito come

una configurazione di comportamenti che si verificano in maniera sequenziale nel tempo.

Piuttosto che eventi isolati, i dati usati per l'inferenza clinica e il giudizio sono sequenze di comportamenti. Per esempio, un infermiere osserva una donna ricoverata in ospedale mentre discute con il marito. Che cosa conclude l'infermiere? Nulla si spera! La polemica è un segno del modello delle relazioni generali della donna, compreso il rapporto con il marito? Forse sì o forse no.

Ovviamente, è necessario raccogliere informazioni relative alle interazioni con il marito nel tempo per stabilire se le relazioni costituiscono un problema per l'assistita.

Supponete che ulteriori informazioni su questa coppia rivelino dei problemi nella relazione coniugale. L'infermiere è ancora a un livello elementare di comprensione. È necessario compiere l'accertamento su altre relazioni, per vedere se il problema di relazione può essere generalizzato ad altre aree della vita e ad altri momenti, o se è specifico di questa relazione in questo preciso momento. Tra le componenti del modello di relazione complessivo si possono includere interazioni genitore-figlio, lavorative e sociali.

Una volta raccolti questi dati, il diagnosta può comprendere meglio l'intero modello delle relazioni di ruolo e della percezione del modello stesso da parte dell'assistito. Ulteriori indagini possono rivelare le cause della tensione coniugale e i rimedi tentati dalla coppia.

Procedendo nella raccolta delle informazioni, l'infermiere inizia a comprendere meglio l'area funzionale sulla quale viene compiuto l'accertamento; così, gradualmente, emerge un modello.

È importante riconoscere che ciò che si verifica durante la raccolta delle informazioni è la *costruzione di un modello* derivante dalle descrizioni dell'assistito e dalle osservazioni dell'infermiere.

Un osservatore non vede un modello; la mente dell'osservatore costruisce il modello "raggruppando le cose". Come avviene?

Iniziamo con un esempio concreto e poi consideriamo modelli comportamentali più complessi.

La misura ogni quattro ore della temperatura corporea di una persona dà sempre valori normali a eccezione della temperatura delle ore 16, che è di 38,3 °C. Questa situazione si è verificata per tre giorni di seguito e suggerisce un modello di rialzo pomeridiano.

Il riconoscimento di un modello implica:

- un'attenzione nell'osservare e riportare verbalmente i comportamenti;
- il rilevamento di ripetuti esempi di un particolare comportamento nel tempo o il ricorrere di un certo tipo di evento o di comportamento.

Per esempio, una donna che riceve un counseling infermieristico sulle relazioni con il fidanzato potrebbe descrivere difficoltà nelle relazioni sul lavoro e all'interno della propria famiglia.

Accorpendo questi dati, l'infermiere pensa: è possibile che esista un modello generale di rapportarsi con gli altri che non è produttivo per questa persona? In alcuni casi, durante l'accertamento, la persona può mettere in relazione alcuni eventi o comportamenti, e organizzarli autonomamente in un modello; potrebbe dire, per esempio, "Sto affrontando nella maniera sbagliata qualunque aspetto della mia vita".

Questo processo è detto **intuizione** e forse è lo stesso fenomeno di cui un infermiere fa esperienza quando collega i comportamenti.

Notate che i collegamenti sono costruiti.

Riconoscere che i modelli derivano da un atto di costruzione:

1. Evita di raccogliere dati superficiali che possono portare a errori nella diagnosi.
2. Ricorda all'infermiere che i modelli non sono osservabili.
Essi sono **costruiti** dalle operazioni cognitive sui dati dell'accertamento e sono sempre aperti al cambiamento legato alla raccolta di nuove informazioni.
Quando non sono più sostenibili, essi vengono scartati.
3. Mette l'accento su un punto che sarà ripetuto spesso: i modelli devono essere validati.

Considerate alcuni esempi di accertamento da cui emerge un modello (costruito).

Nel *primo esempio*, un lavoratore edile di cinquanta anni riferisce il seguente modello di sonno.

Modello di riposo e di sonno

Dopo le solite 6-7 ore di sonno si sente riposato e pronto per il lavoro quotidiano. Non sono presenti ritardi dell'addormentamento, interruzioni del sonno, risvegli precoci o uso di sonniferi. Occasionalmente sogna; non riferisce incubi.

Queste informazioni indicano un ottimo modello di sonno per un adulto.

Potete *vedere* il modello dell'assistito dai dati: sonno ristoratore e indisturbato senza l'uso di farmaci.

All'opposto, quale modello è evidente dal *secondo esempio* tratto dal racconto di un'altra persona il giorno precedente un intervento al cuore?

Modello di riposo e di sonno

Afferma di aver sempre dormito bene: da 6 a 7 ore, regolarmente, e al risveglio si sentiva riposato. Riferisce "insonnia" e ritardo nell'addormentamento di 2-3 ore nel corso delle ultime tre settimane. Giace a letto sveglio "preoccupandosi" dell'esito dell'imminente intervento al cuore.

Di notte prova "angoscia" quando "non trova nessuno con cui parlare".

Il cambiamento nel modello di sonno riferito è molto chiaro. In passato questa persona ha avuto un normale modello di sonno, ma si è verificato un cambiamento. Il cambiamento inaspettato, insieme alla programmazione dell'intervento al cuore, suggerisce che il cambiamento può essere dovuto a paura o ansia. Se il problema sottostante non viene diagnosticato e trattato, il modello di sonno non può migliorare.

Cercate ora di identificare il modello dell'assistito del *terzo esempio*.

Modello di riposo e di sonno

Riferisce di non aver dormito bene negli ultimi mesi.

Non ha dormito la prima notte in ospedale. Sonnifero inefficace. Usa tre cuscini.

Questo accertamento è indubbiamente superficiale e le informazioni, sebbene supportino

un modello di sonno disfunzionale, sono incomplete.

Per esempio, "tre cuscini" suggerisce un problema di respirazione.

È per questa ragione che l'assistito non dorme bene?

Che cosa significa l'affermazione vaga "non ho dormito bene"?

Ci ritroviamo con queste domande perché il modello nei dati essenziali registrati sulla cartella non era chiaro.

La mancanza di un modello identificabile può aver condotto a un ritardo nella diagnosi e, molto più importante, a un ritardo nel trattamento.

Anche in presenza di informazioni adeguate che descrivono un modello, la sua comprensione può essere vaga finché non vengono accertati tutti i modelli funzionali, perché gli 11 modelli funzionali sono una suddivisione per così dire "artificiale" del funzionamento integrato dell'uomo. (La nostra capacità cognitiva limitata non è in grado di afferrare la complessità del tutto con un solo sguardo.)

Di fatto i modelli sono correlati, interattivi e interdipendenti.

Le cause di un modello disfunzionale (fattori eziologici), come anche gli sforzi necessari a risolvere i problemi, si possono riscontrare in questa combinazione.

Questo è vero per ciascuno di noi: nessuna singola entità può essere compresa isolatamente.

Un esempio può chiarire l'idea della correlazione fra modelli.

Durante la visita domiciliare, fra i dati di base raccolti da un infermiere di comunità figurano le seguenti informazioni:

Un uomo di 65 anni è in pensione da poco, dopo aver venduto la drogheria in cui lavorava dalle 8 del mattino alle 18 della sera. Dice di non avere niente da fare adesso e di litigare con la moglie: "Non vuole che le giri intorno per casa, perché ciò interferisce con i suoi programmi. Io desidero solo trascorrere un po' di tempo parlando con lei e facendo qualcosa assieme". La moglie afferma di doversi occupare della casa, di dover cucinare e di occuparsi di volontariato in un centro diurno tutti i pomeriggi. Si lamenta di non riuscire a svolgere le sue attività perché "lui le sta intorno" e "in casa tiene il muso".

L'infermiere ha raccolto due tipi di dati: i modelli progressi e i modelli attuali che indicano che è avvenuto un cambiamento.

Anche solo da queste informazioni minime si può vedere che il problema può risiedere nell'area dei ruoli e delle relazioni; a questo punto il conflitto familiare è un'ipotesi diagnostica plausibile.

Osservate ancora l'elenco dei modelli funzionali della salute nell'inserito a pagina 92.

In quali categorie si potrebbero individuare le cause (fattori eziologici) di questo determinato problema?

Non è probabile che i dati riguardanti il modello di coping, il modello di attività e il modello di valori e di convinzioni aiuterebbero l'infermiere a individuare i fattori eziologici e forse anche a perfezionare il problema in questa situazione?

Per esempio, il marito ha una bassa tolleranza all'attività? Se sì, che significato gli attribuisce il soggetto interessato?

È questa la ragione per cui non s'impegna in attività in casa e fuori?

I valori della moglie e del marito riguardo alla loro relazione sono divergenti?

Non ci sono strutture per pensionati nella loro comunità, oppure il marito ha scelto di non frequentarle?

Naturalmente, è possibile indagare il contributo di tutti gli altri modelli rispetto a questo problema.

Questo esempio ha **due implicazioni**.

Primo, i modelli funzionali assicurano una struttura di analisi di un problema *all'interno* di una categoria, come nel caso dei ruoli familiari e delle relazioni marito-moglie.

Secondo, una struttura serve a concentrare la ricerca delle spiegazioni delle cause che in genere si riscontrano al di fuori della categoria del problema; nell'esempio del droghiere, si andrebbero a indagare i modelli di attività, di valori e di coping.

Al fine di semplificare ulteriormente l'elaborazione delle informazioni, l'elenco delle diagnosi approvate è classificato secondo le aree dei modelli funzionali della salute (appendice B).

Come è stato detto in un altro capitolo, un infermiere può spostarsi in senso orizzontale

sui dati in un'area del modello per identificare i problemi e poi verticalmente attraverso i modelli per stabilire i fattori eziologici.

La diagnosi risulta facilitata se le informazioni sono raccolte e organizzate in modo specifico rispetto ai problemi.

Il processo appena descritto appare inusuale?

Considerate che, in genere, non è possibile esprimere un giudizio su dati, come il battito cardiaco o la pressione arteriosa, senza avere a disposizione dei dati di base.

Anche una misura di base e una misura attuale descrivono un modello elementare rispetto a un arco di tempo, se l'infermiere accorpa i dati.

Un altro esempio: pensate al comportamento di un amico che di recente vi ha chiesto aiuto.

Vi aspettavate quel particolare comportamento o è stato inatteso? Perché non avevate alcuna aspettativa?

La conoscenza che possedete dei precedenti modelli di comportamento del vostro amico vi ha fatto notare, o non vi ha fatto notare, una differenza.

Inoltre, per comprendere il significato del diverso comportamento, avete confrontato il modello passato dell'amico (dati di partenza) e il comportamento attuale.

Per giungere a una comprensione sono state raggruppate molte informazioni.

Il processo non è insolito; ogni giorno gli esseri umani elaborano informazioni in questo modo.

Il processo è cosciente e sistematico quando è importante formulare una corretta sintesi e un corretto giudizio per la vita o per il benessere di un'altra persona.

Questa argomentazione sui modelli conduce alla seconda domanda: **che cos'è un modello della salute?**

A questa domanda si dovrebbe rispondere in termini di definizione di salute.

La *salute*, così come viene definita all'interno del contesto dei modelli funzionali della salute, è il livello ottimale di funzionamento che permette alle persone, alle famiglie o alle comunità di sviluppare al meglio il proprio potenziale.

La salute si misura per mezzo di parametri e di norme (statistiche, culturali ecc.) unitamente a una descrizione soggettiva fatta dall'assistito.

La *salute ideale* è congruente con il potenziale dell'individuo e consente di personalizzare l'intervento.

Focus funzionale

Può sorgere un dubbio circa l'uso del termine *modelli funzionali*.

Dato che *funzionale* è un termine usato anche in altre professioni, è utile considerare differenze e similarità d'uso nei diversi campi.

Tradizionalmente i "modi di vivere", o modelli funzionali, sono stati un importante centro d'interesse delle attività infermieristiche di promozione della salute, di assistenza e di riabilitazione.

In medicina la parola *funzione* è utilizzata per descrivere un processo fisiologico, come le funzioni respiratoria, cardiaca o cerebrale.

Il focus diagnostico è sulle funzioni delle cellule, degli organi e dei sistemi, non sulla funzione integrata dell'individuo nel suo complesso.

Prestazione funzionale e invalidità funzionale sono termini comunemente usati, ma di solito si riferiscono solo alla mobilità e ad altri parametri fisici.

I sistemi biologici (neurologico, cardiaco e via di seguito) sostengono i modelli della salute e offrono un tipo di informazione per l'accertamento.

Assistendo una persona incapace di controllare il proprio battito cardiaco o la dilatazione pupillare, gli infermieri raccolgono informazioni per due scopi principali: comprendere o prevedere cambiamenti nei modelli funzionali della salute, e riferire le complicanze e l'andamento della malattia a un medico quando all'assistito mancano le conoscenze o la capacità di farlo.

Infatti, un modello disfunzionale può essere segno o sintomo di un sottostante processo di malattia, ragione per cui un infermiere invita la persona a consultare un medico.

Gli organi e i sistemi si trovano a un livello di complessità inferiore rispetto ai modelli

funzionali della salute, che rappresentano il funzionamento umano integrato. Per esempio, i sistemi cardiaco, respiratorio e neuromuscolare (sensomotorio) sono importanti fattori in ogni modello di attività e di esercizio fisico. *Eppure il modello è qualcosa di più dell'insieme delle parti che lo sostengono; il modello di salute è una manifestazione del tutto.*

Non è corretto chiamare alcuni modelli funzionali della salute "fisiologici" e altri "psicosociali". Ogni modello è un'espressione biosociospirituale.

Modelli funzionali, salute e malattia

Le condizioni patologiche e i trattamenti possono modificare i modelli. Nella Figura 5-1 le frecce indicano gli effetti funzionali secondari della malattia o del trattamento sui modelli.

Alcuni esempi sono i cambiamenti causati dalla malattia nei modelli abituali di coping e nella tolleranza allo stress, i cambiamenti nei modelli di eliminazione e metabolici che si verificano con il riposo a letto e il non raro riassestamento nei modelli di valori e di convinzioni a seguito di una malattia che minaccia la vita.

Considerate un caso comune: una persona è ricoverata per perdita di peso, minzioni frequenti, sete ed elevati livelli di glicemia.

I test medici avvalorano una diagnosi di diabete mellito.

Gli infermieri che conoscono bene il tipico utente con un diabete diagnosticato di recente possono attestare che gli effetti secondari di questa malattia sono diffusi.

La condizione patologica, i trattamenti, la risposta personale dell'assistito e della famiglia e la gestione a lungo termine della condizione influenzano tutti i modelli funzionali, come illustrato nella Figura 5-1 dalle frecce che conducono dalla diagnosi medica all'esterno, in direzione delle aree del modello.

Non c'è dubbio che ci saranno delle ricadute sull'interazione persona-ambiente, e in particolare sul modello di ruoli e di relazioni.

Oltre ai problemi secondari alla malattia che influenzano i modelli funzionali, possono verificarsi modelli disfunzionali quando non è presente alcun segno evidente di malattia. È