



## Presentazione dell'edizione italiana

*Ciò che seminai nell'ira  
crebbe in una notte  
rigogliosamente  
ma la pioggia lo distrusse.*

*Ciò che seminai con amore  
germinò lentamente  
maturò tardi  
ma in benedetta abbondanza*

**Peter Rosegger**

È una grande emozione e piacere per me presentare la seconda edizione italiana della *Classificazione NOC dei risultati infermieristici. Misurazione dei risultati di salute* sulla quinta edizione inglese.

**Domanda spontanea:** *ma cosa c'è di nuovo in questa edizione 2013 dei NOC?*

**Risposta semplice:** *molto, tanto, sin dal titolo del testo.*

Nel titolo non c'è solo "il fare" ma anche "il misurare" quanto i risultati di salute dell'assistito (inteso come individuo, famiglia, gruppo, comunità) *sono sensibili*, cioè direttamente correlati, alle azioni poste in essere dall'**infermiere** professionista della salute. E un professionista è una persona che risolve i problemi di un assistito con risultati concreti, reali, tangibili.

La domanda che sorge è: davanti a un problema di salute di un utente e alla partecipazione di oltre 30 tra professionisti sanitari e sociali nel correre a risolverlo, quanto di questa soluzione dipende in modo sensibile e tangibile dall'assistenza infermieristica?

Il focus dei NOC 2013 sta nel definire che:

*"un risultato infermieristico per l'assistito, sensibile all'assistenza infermieristica, è uno stato, un comportamento o una per-*

*cezione di un individuo, una famiglia, un gruppo o una comunità misurato lungo un continuum, come conseguenza di interventi infermieristici.*

*A ogni risultato corrisponde un gruppo di indicatori che sono usati per determinare lo stato dell'assistito in rapporto al risultato.*

*Gli indicatori di risultato dell'assistito sensibili all'assistenza infermieristica sono definiti come stati, comportamenti o percezioni più concreti, di un individuo, una famiglia, un gruppo o una comunità, che servono come riferimento per misurare un risultato."*

(pag. 8)

Scegliere *con* la persona assistita:

- un determinato risultato NOC, realistico e raggiungibile,
- gli indicatori di risultato appropriati, temporizzati,

e valutarne il percorso, il raggiungimento attraverso interventi e attività NIC, significa definire non solo lo specifico apporto infermieristico nel prendersi cura della persona, ma anche la complessità, l'intensità, i tempi e le modalità di erogazione dell'assistenza e, quindi, anche la qualità e la quantità della risorsa umana infermieristica necessaria.

### I risultati infermieristici NOC 2013 in numeri:

- 490 risultati NOC totali;
- 107 nuovi risultati NOC;
- sono stati riscritti completamente i primi 2 capitoli del testo;
- sono stati revisionati tutti i titoli NOC, le definizioni, gli indicatori e tutte le altre parti del testo, appendici comprese.

### Perché leggere i NOC 2013?

In questo libro non c'è qualcosa di nuovo.

*C'è una filosofia infermieristica nuova.*

Suggerisco di leggere le pagine iniziali dalla prefazione, ai punti di forza, alle definizioni, ai primi capitoli e, con calma, i singoli NOC lettera per lettera, mano a mano che si utilizzano nel lavoro quotidiano. Questo libro non è uno strumento di studio da imparare a memoria ma un testo ricco, affascinante, utile per ragionare, per incentivare il desiderio, il sentimento, la passione di conoscere, di approfondire e, come infermieri, di saperne ogni giorno di più.

Dopo 20 anni di studio e di ricerca di molti infermieri a livello internazionale, del numeroso gruppo di lavoro dell'Università dello IOWA, e con il contributo per l'Italia del team di traduttori, revisori e collaboratori riunito da CEA, oggi c'è la consapevolezza che questo testo, che ci accompagnerà nei prossimi anni, non è da considerarsi un mero elenco tecnico di parole, ma un invito per studenti infermieri, per infermieri clinici, infermieri formatori, infermieri dirigenti, infermieri ricercatori, infermieri consulenti ad essere **creatori** di un rapporto nuovo tra infermiere e persona assistita, così come delineato nell'essenza degli articoli 1-2-3 del codice deontologico italiano dell'infermiere nel quale si afferma che:

*“Articolo 1 - L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica.*

*Articolo 2 - L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.*

*Articolo 3 - La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel*

*prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.”*

### Mi piace pensare ...

- a quell'affascinante e appassionante “ruminare” e “condividere insieme”, come professionisti infermieri, un percorso che porti a risultati tangibili, che inciti e muova a osservare, a pensare, a riflettere, a proporre, ad ascoltare per scegliere non una “taglia unica”, ma un “vestito personalizzato su misura”, ricamato con cura *con* la persona assistita;
- che la disciplina infermieristica italiana lentamente dis-veli e ri-veli alla luce il suo essere scienza ed arte;
- che gradualmente ma inesorabilmente, dove prima c'era solo il buio, ora come infermieri possiamo scorgere la luce attraverso la teoria, la clinica, il metodo scientifico che utilizzati insieme indicano il cammino verso la meta: assistere, prendersi cura e curare ogni persona con bisogni di salute in modo olistico ed efficace.

In questo senso:

- i NOC permettono di dimostrare i risultati in termini di effetti di questa assistenza, utilizzando un linguaggio scientifico fatto di definizioni, codici, indicatori, scale di misurazione lungo un continuum nel tempo;
- i NIC permettono di descrivere gli interventi, le prestazioni assistenziali infermieristiche, utilizzando un linguaggio scientifico fatto di definizioni, codici, attività e azioni lungo un continuum nel tempo.

Entrambe queste tassonomie, insieme con le diagnosi infermieristiche di NANDA International, possono essere:

- implementate concretamente nel processo di assistenza infermieristica, con qualsiasi modello teorico infermieristico,
- codificate nei piani di assistenza con l'utilizzo di una documentazione sanitaria sia cartacea sia elettronica,
- utilizzate nella pratica clinica, nei diversi livelli della formazione universitaria e della formazione continua, nell'organizzazione di nuovi modelli assistenziali e come strumento validato per la ricerca con molteplici sinergie tra questi ambiti dell'espressione infermieristica.

L'infermiere, come tutti i professionisti, è artefice del proprio destino ed è chiamato a celebrare la bellezza della sua disciplina ogni giorno, nella misura in cui si impegna a garantire la massima qualità ed efficacia dell'assistenza alla persona, coniugando in armonia ed equilibrio il pensiero scientifico (teoria) con l'agire quotidiano (pratica).

Non dovremo più scegliere, come infermieri, tra due mondi, quello della scienza o quello dell'arte, ma dovremo semplicemente imparare a convivere con entrambi per poter raggiungere il fine ultimo dell'assistenza infermieristica: il *ben-essere della persona*.

La conoscenza ci permette di agire con intelligenza, ma è il cuore, sono le emozioni e sono le mani che ci permettono di nutrire l'attenzione per l'altro con competenza.

Il mio augurio è che i NOC rimangano "incollati" a noi infermieri per tenerci compagnia, per aiutarci a resistere nella nostra scienza e arte, per crescere ancora come persone e come professionisti.

**Luisa Anna Rigon**  
Infermiere formatore

### **Luisa Anna Rigon**

Infermiere, Assistente Sanitario, Infermiere Insegnante Dirigente

Laurea in Infermieristica, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

- Fondatore e Presidente di Formazione in Agorà - *Scuola di Formazione alla Salute* - Padova
- Consulente CEA - Area Editoriale Scienze Infermieristiche
- Docente al Master in *Lesioni cutanee nell'adulto e nel bambino* - Università degli Studi di Firenze
- Docente al Master in *L'Infermiere Case Manager* - Università degli Studi di Padova
- Docente al Master in *Management per le funzioni di coordinamento nell'area delle Professioni sanitarie*, Facoltà di Medicina e Psicologia - Università di Roma Sapienza - Sede di Civitavecchia



## 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 *NANDA International, Diagnosi infermieristiche: definizioni 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 dell'ambito infermieristico, di diversa provenienza e formazione, che si è occupato di concordare la terminologia con la quale scrivere, in lingua italiana, i titoli e le definizioni delle diagnosi infermieristiche. Il repertorio che il gruppo di lavoro ha prodotto nel corso degli anni è stato utilizzato da CEA per uniformare il linguaggio infermieristico nell'ambito diagnostico per tutti i propri testi e tale repertorio è mantenuto aggiornato attraverso la pubblicazione periodica, ogni due anni fino al 2008 e ogni tre anni a partire dal 2009, delle nuove edizioni del manuale ufficiale di NANDA International.

Il successo ottenuto da questa iniziativa ha stimolato la definizione di un progetto analogo, finalizzato alla realizzazione di una traduzione condivisa dei titoli della versione 2004 delle classificazioni NOC e NIC. Anche in questo caso, un gruppo di esperti dell'ambito infermieristico è riuscito a condividere una terminologia comune e il repertorio messo a punto è stato utilizzato per uniformare il linguaggio infermieristico per quanto riguarda la definizione dei risultati dell'assistito e dei relativi interventi infermieristici.

La pubblicazione dei testi di S. Moorhead, M. Johnson e M. Maas, *Classificazione NOC dei risultati infermieristici*, e di J. Mc-Closkey Dochterman e G.M. Bulechek, *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*, avvenuta nel 2007 e relativa alle versioni 2004 delle due tassonomie, ha costi-

tuito un'importante occasione di confronto sul lavoro effettuato e ha permesso di aggiornare la terminologia precedentemente messa a punto 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. Questa attività è proseguita negli anni successivi e vede ora la pubblicazione delle edizioni 2013 delle due classificazioni NOC e NIC.

Attraverso questi processi, il repertorio terminologico utilizzato dalla Casa Editrice Ambrosiana si arricchisce di nuovi importanti contributi e i volumi CEA, tradotti utilizzando questa terminologia ufficiale, si presentano a studenti infermieri, infermieri clinici, infermieri formatori, ricercatori e dirigenti con un linguaggio coerente, che permette di favorire il confronto e lo sviluppo della comunità professionale infermieristica nel nostro Paese.

La conformità dei molteplici testi infermieristici della CEA alla terminologia NNN qui illustrata viene evidenziata con l'inserimento dei loghi di "Traduzione verificata NANDA-I" e di "Traduzione verificata NOC e NIC".



Traduzione a cura di  
Luisa Anna Rigon

Con la collaborazione e l'adesione di:

Luisa Cavada	Orietta Meneghetti
Federica Dellafiore	Giorgio Nebuloni
Patrizia Di Giacomo	Vania Novi
Marilena Guindani	Gaetana Pagiusco
Giuseppina Ledonne	Domenico Redigolo
Giuliana Lucidi	Rita Riolfi
Franco Mantovan	Sabrina Tolomeo
Edoardo Manzoni	Fabrizio Vezzoli



## Prefazione

La quinta edizione della *Nursing Outcome Classification* (NOC), **Classificazione NOC dei risultati infermieristici**, contiene 490 risultati e rappresenta l'attuale punto di arrivo di oltre 20 anni di lavoro del gruppo *Iowa Outcomes*.

La classificazione standardizza i titoli dei risultati e delle definizioni in uso nella pratica clinica, nella formazione e nella ricerca infermieristica.

Ciascun risultato comprende:

1. un titolo identificativo (*focus*),
2. una definizione,
3. un insieme di indicatori di risultato che descrivono specifiche condizioni, percezioni o comportamenti correlati al risultato stesso,
4. una scala di misurazione a cinque valori di tipo Likert,
5. una selezione dei riferimenti bibliografici utilizzati per lo sviluppo dello specifico NOC.

I risultati NOC aiutano gli infermieri e gli altri professionisti sanitari a valutare e quantificare le condizioni della persona assistita, del caregiver, della famiglia o della comunità.

La classificazione è focalizzata sulla misurazione dei risultati in funzione delle diverse aree specialistiche e dei diversi ambiti assistenziali, e contempla risultati che possono essere utilizzati con persone assistite di tutte le età.

Gli infermieri che utilizzano la classificazione dei risultati NOC nella pratica clinica quotidiana sono in grado di quantificare il cambiamento delle condizioni della persona assistita dopo l'erogazione degli interventi e di monitorarne i progressi compiuti.

Il feedback fornito dagli infermieri clinici che usano le misure di risultato NOC in ambito clinico è stato positivo e i loro suggerimenti hanno contribuito a migliorare la classificazione stessa.

Questa edizione della classificazione contiene 490 risultati NOC e comprende 107 nuovi risultati NOC.

Nell'appendice A è riportato l'elenco completo dei nuovi risultati NOC e dei cambiamenti apportati ai risultati NOC già presenti nelle precedenti edizioni.

Nella tassonomia è stata aggiunta una nuova classe relativa all'autogestione di condizioni di salute acute e croniche.

Questa edizione fornisce inoltre indicazioni pratiche su come utilizzare i risultati NOC nella pratica clinica.

Il **capitolo 1** descrive l'attuale classificazione NOC presentata in questo testo. In esso sono evidenziate le definizioni dei termini, le domande più frequenti e le nuove caratteristiche introdotte in questa edizione.

Il **capitolo 2** illustra come l'infermiere può utilizzare i risultati NOC nella pratica clinica, nella formazione e nella ricerca infermieristica.

Questa edizione fornisce inoltre, nella **sezione 4**, i collegamenti tra le diagnosi infermieristiche NANDA-I e i risultati NOC. Il lettore noterà che le diagnosi NANDA-I sono elencate in ordine alfabetico secondo il concetto diagnostico (*focus*), in linea con la terminologia utilizzata nell'edizione 2012-2014 della classificazione di NANDA International.

La stessa sezione illustra anche i collegamenti con gli **11 modelli funzionali della salute** della teorica **M. Gordon**.

Occorre sottolineare che questi collegamenti non sono prescrittivi e dovranno essere validati con dati clinici registrati nei diversi ambiti e rispetto a diverse popolazioni di assistiti. Si tratta di suggerimenti per aiutare gli infermieri sia nell'identificazione dei possibili risultati infermieristici NOC all'atto della diagnosi infermieristica NANDA-I, sia nello sviluppo degli 11 modelli funzionali di riferimento per un coerente sistema di documentazione clinica sanitaria.<sup>1</sup>

La valutazione clinica dell'infermiere con l'assistito<sup>2</sup> rimane il fattore determinante per la scelta dei risultati infermieristici NOC.

<sup>1</sup> Cartella infermieristica o cartella integrata sia cartacea che digitale. [N.d.C.]

<sup>2</sup> Assistito inteso come singola persona, famiglia, gruppo o comunità. [N.d.C.]

Dalla prima edizione di questo libro, è considerevolmente aumentata la necessità, per la pratica clinica infermieristica, di determinare i **risultati dell'assistito sensibili all'assistenza infermieristica**.

La crescente diffusione di controlli sull'assistenza sanitaria erogata, l'importanza attribuita al contenimento dei costi e alla sicurezza di concerto con la necessità di una pratica clinica basata sulle migliori prove di efficacia (EBP) coinvolgono l'attenzione degli assistiti, delle strutture sanitarie, degli infermieri, delle assicurazioni e dei responsabili delle politiche sanitarie per verificare l'efficacia degli interventi infermieristici erogati e la qualità dell'assistenza fornita.

Il ruolo dell'infermiere nell'erogazione di un'assistenza efficace ed efficiente in termini di costi è cruciale in qualsiasi ambito sanitario; pertanto nella valutazione dell'efficienza è indispensabile considerare i dati infermieristici e i risultati infermieristici.

La classificazione dei risultati NOC è il completamento degli *elementi* del *Nursing Minimum Data Set* (NMDS). La tassonomia NOC è il linguaggio che si accompagna a quelli delle diagnosi infermieristiche NANDA-I. e degli interventi NIC.

Tali linguaggi infermieristici standardizzati si rivelano indispensabili affinché le informazioni contenute nel NMDS possano essere inserite nei database computerizzati relativi all'assistito.

Essi facilitano inoltre lo studio e l'insegnamento del processo diagnostico infermieristico e lo sviluppo di teorie infermieristiche a medio raggio, nonché i collegamenti tra le caratteristiche dell'assistito, le diagnosi e gli interventi infermieristici, e permettono di sperimentare i risultati correlati all'assistenza infermieristica.

I curatori di questo volume ringraziano tutti gli infermieri che hanno contribuito allo sviluppo della tassonomia NOC.

Il gruppo di ricerca ha lavorato con diligenza per ampliare e valutare i risultati NOC.

Molte persone hanno inoltre condiviso con noi le loro conoscenze e hanno lavorato con noi, oppure hanno riesaminato un risultato infermieristico in relazione alla loro specializzazione.

Senza il loro prezioso contributo questa edizione non sarebbe stata possibile.

*Sue Moorhead*

*Marion Johnson*

*Meridean L. Maas*

*Elizabeth Swanson*



# Punti di forza della classificazione dei risultati NOC sensibili all'assistenza infermieristica

## **Completa**

La classificazione NOC contiene risultati infermieristici che si applicano agli individui singoli, ai caregiver, alle famiglie e alle comunità, e che possono essere utilizzati in tutte le specialità in molti ambiti clinici. Nonostante altri risultati infermieristici potranno essere sviluppati nel futuro, quelli presenti in questa quinta edizione risultano utili per l'intero campo di azione della pratica clinica infermieristica.

## **Basata sulla ricerca**

La ricerca, condotta da un esteso gruppo del *College of Nursing* (Facoltà di Infermieristica) della *University of Iowa* e dai suoi studenti, assieme a personale clinico proveniente da vari ambiti, è iniziata nel 1991.

Per sviluppare la classificazione sono state usate strategie sia di tipo qualitativo sia di tipo quantitativo.

I metodi sono stati basati sull'analisi del contenuto, sull'analisi del concetto, sull'esame degli esperti, sull'analisi di similitudini, sull'esame dei raggruppamenti gerarchici, sulla scalabilità multidimensionale e sulle prove in campo clinico.

I risultati infermieristici NOC sono stati quindi sottoposti a valutazioni incrociate per verificarne affidabilità, validità e utilità in 10 ambiti clinici che rappresentano il continuum dell'assistenza sanitaria.

## **Sviluppata secondo un metodo induttivo e deduttivo**

I libri di testo di infermieristica, le guide per i piani di assistenza, i sistemi infermieristici di raccolta di informazioni cliniche (documentazione infermieristica cartacea/digitale), gli standard della pratica clinica e gli strumenti di ricerca hanno rappresentato, all'inizio, le fonti di dati per lo sviluppo iniziale dei risultati infermieristici NOC e dei relativi indicatori. Gruppi specifici del team di ricerca hanno rivisto i risultati in otto ampie categorie che sono state estrapolate dal *Medical Outcomes Study* e dalla letteratura infermieristica.

Basandosi sulla revisione di tale letteratura, i risultati infermieristici inclusi in queste cate-

gie sono stati identificati e perfezionati attraverso un'analisi concettuale.

## **Basata sulla pratica clinica e sulla ricerca**

I risultati infermieristici NOC, sviluppati inizialmente dai testi di infermieristica, dalle guide per i piani di assistenza e dai sistemi di informazioni cliniche, sono stati esaminati da infermieri esperti e molti di essi sono stati testati in ambito clinico.

Le informazioni di ritorno da parte degli infermieri clinici e degli infermieri formatori sono state raccolte attraverso una precisa e accurata procedura.

Il lavoro iniziale sui principali risultati NOC per la pratica specialistica è stato inserito nella terza edizione.

Il lavoro di consolidamento nella pratica clinica continua ad essere implementato in questa edizione, per la quale esperti clinici infermieristici hanno inoltre sviluppato numerosi risultati e li hanno trasmessi agli autori dei singoli NOC.

## **Possiede una struttura organizzativa di facile impiego**

La tassonomia NOC è caratterizzata da cinque livelli: domini, classi, risultati, indicatori e scale di misura. Tutti e cinque i livelli sono stati codificati per l'uso nella pratica clinica infermieristica. Nuovi risultati NOC vengono aggiunti alla tassonomia nel corso dello sviluppo della classificazione.

Questa struttura aiuta gli infermieri a identificare i risultati da applicare nella loro pratica clinica e fornisce i fondamenti per l'insegnamento della classificazione NOC negli ambiti di formazione.

## **Consente ai risultati di essere condivisi da tutte le discipline**

Benché la classificazione NOC ponga l'accento sui risultati che sono maggiormente sensibili agli interventi infermieristici, i risultati descrivono le condizioni della persona assistita, intesa come individuo singolo, famiglia, gruppo o comunità, a livello concettuale.

In tal modo la classificazione NOC fornisce dei risultati della persona assistita che in linea



teorica possono essere influenzati da tutte le discipline dell'assistenza alla salute.

L'uso dei risultati NOC da parte di tutti i componenti del team interdisciplinare di assistenza genera standardizzazione, permettendo allo stesso tempo la selezione di indicatori che sono maggiormente affini a ciascuna disciplina.

Le prove sul campo hanno dimostrato che i risultati sono stati utili ai team interdisciplinari nell'esercizio della pratica clinica.

### **Ottimizza le informazioni per la valutazione dell'efficacia**

I risultati NOC e gli indicatori rappresentano concetti variabili. Essi permettono la misurazione del risultato relativo alla persona assistita, alla famiglia, al gruppo o alla comunità in qualsiasi fase di un continuum, da quella più negativa a quella più positiva e in diversi momenti temporali.

Piuttosto che soffermarsi sulla limitata informazione fornita dal raggiungimento o meno di un determinato obiettivo, i risultati NOC permettono di tenere sotto controllo l'entità del progresso, o la sua assenza, durante un episodio di assistenza sanitaria e in diversi ambienti di cura.

I cambiamenti nei valori di un risultato possono essere considerati e registrati come l'esito degli interventi infermieristici effettuati nel tempo e nei vari ambienti di cura.

### **Sostenuta da finanziamenti esterni**

Ad oggi, alla ricerca NOC sono stati concessi finanziamenti che garantiscono 9 anni di lavoro accademico di ricerca: 1 anno dalla *Sigma Theta Tau International* e 8 anni dal *National Institute of Nursing Research* (NINR).

### **Sperimentata in ambienti clinici**

La sperimentazione della classificazione NOC è stata condotta in vari ambiti clinici, inclusi ospedali per cure riabilitative, ospedali per cure intermedie, case di cura, centri di servizi, RSA, assistenza a domicilio, ambulatori gestiti da infermieri e organizzazioni infermieristiche anche confessionali.

I test effettuati hanno fornito informazioni preziose sull'utilità clinica dei risultati e degli indicatori, sui collegamenti tra diagnosi infermieristiche, risultati infermieristici ed interventi infermieristici, e anche sul processo di implementazione dei risultati stessi nei sistemi informatizzati di documentazione infermieristica.

### **Enfasi sulla divulgazione**

Le informazioni sulla classificazione, sul suo sviluppo e sull'uso relativo sono disponibili in questo testo [pubblicato ogni 4-5 anni da Elsevier e tradotto in italiano, con il titolo *Classificazione NOC dei risultati infermieristici*, dalla Casa Editrice Ambrosiana] e in numerosi articoli di giornali e capitoli di diversi libri.

La ricerca NOC è descritta nel sito del *College of Nursing* della *University of Iowa* (<http://www.nursing.uiowa.edu/noc>) ed è attivo un servizio di contatti per condividere informazioni sulla tassonomia NOC e dialogare con gli utenti interessati.

La tassonomia NOC è stata divulgata attraverso varie presentazioni sia a livello nazionale che internazionale.

Nonostante sia stata sviluppata negli Stati Uniti, anche gli infermieri di altri paesi la considerano molto utile.

Sono disponibili traduzioni nelle seguenti lingue: cinese (semplificato e tradizionale), coreano, francese, giapponese, italiano, norvegese, olandese, portoghese, spagnolo e tedesco.

Le diverse edizioni in lingua inglese e le traduzioni in altre lingue sono elencate nell'appendice D.

### **Collegata ad altri linguaggi infermieristici**

Per assistere gli infermieri nell'uso delle classificazioni e per facilitarne l'implementazione nei sistemi di informazione clinica, i gruppi di ricerca NOC e NIC hanno sviluppato dei collegamenti.

In questo testo sono inclusi i collegamenti con la classificazione NANDA International e con i modelli funzionali della salute di Gordon.

I collegamenti tra le diagnosi NANDA International, i risultati NOC e gli interventi NIC sono disponibili nel libro *NOC and NIC linkages to NANDA-I and Clinical conditions: Supporting Critical Reasoning and Quality Care* pubblicato da Elsevier nel 2012 (che sarà tradotto in italiano dalla Casa Editrice Ambrosiana nel 2014, *N.d.C.*).

Inoltre, sono stati sviluppati i collegamenti tra la *Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) e la classificazione NOC, nel tentativo di esplorare le componenti della ICF e di identificare i concetti rilevanti per promuovere lo sviluppo del linguaggio nella pratica infermieristica. Inoltre, la ICF è stata scelta per il suo uso internazionale e interdisciplinare.



### **La tassonomia NOC è inclusa nelle iniziative per registrazioni cliniche computerizzate**

I concetti della classificazione NOC sono inclusi nel volume *SNOMED Clinical Terms*, una terminologia di riferimento da applicare nei sistemi digitali di informazioni cliniche.

La classificazione NOC è stata registrata negli Stati Uniti con l'*Health Level 7*, un'organizzazione statunitense per la standardizzazione che si dedica a semplificare lo scambio, la gestione e l'integrazione dei dati clinici e amministrativi nelle registrazioni sanitarie. Un numero sempre crescente di produttori ha ottenuto la licenza (secondo le modalità descritte alla fine del capitolo 2) per inserire la NOC nel proprio software.

### **Sviluppata per integrarsi con la classificazione NIC**

L'esperienza condotta all'*University of Iowa* sulla classificazione NIC ha aiutato la ricerca dedicata alla classificazione NOC.

Entrambe le classificazioni sono esaurienti, basate sulla ricerca scientifica e rappresentative delle pratiche cliniche infermieristiche correnti.

Entrambe sono reperibili presso il *Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness*.

### **Oggetto di riconoscimento nazionale**

La classificazione NOC è riconosciuta dall'*American Nurses Association (ANA)*, ed è inclusa nel dizionario *Metathesaurus for a Unified Medical Language* alla *National Library of Medicine*.

Inoltre è inserita nell'indice CINAHL ed è riconosciuta come uno dei linguaggi che soddisfa le esigenze dell'*ANA's Nursing Information and Data Set Evaluation Center (NIDSEC)*.

### **Possiede una struttura adatta a un continuo sviluppo e perfezionamento**

La classificazione continua a essere valutata, sviluppata e affinata dal gruppo di ricerca NOC.

Il continuo perfezionamento è facilitato grazie al contributo del *Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness*, del *College of Nursing* e della *University of Iowa*.

In aggiunta alla continua ricerca di assegnazione di fondi, si stanno raccogliendo donazioni per un valore di 1 milione di dollari al fine di garantire un solido appoggio finanziario, che mira a sostenere i prossimi sviluppi sia della classificazione NOC sia della classificazione NIC.

I proventi derivati dalla vendita del libro e delle licenze sono destinati al sostegno del personale e del lavoro del *Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness*.



## Ringraziamenti

Il continuo sviluppo della classificazione NOC e questa pubblicazione non sarebbero stati possibili senza il lavoro e il sostegno di numerose persone e organizzazioni. Siamo in debito con le molte persone che hanno contribuito al lavoro e che ci hanno incoraggiati lungo il percorso. Desideriamo dimostrare il nostro apprezzamento e ringraziare le seguenti persone e le seguenti organizzazioni per i loro sforzi:

- La *Sigma Theta Tau International* per il finanziamento di un anno (1992-1993) e l'*Office of Nursing Research* della University of Iowa, come fonte di sovvenzioni (1992-1993). Questi contributi hanno parzialmente finanziato il lavoro iniziale e l'inizio dello sviluppo della classificazione NOC.
- Il *National Institute of Nursing Research*, del *National Institutes of Health*, per i 4 anni di sovvenzioni (1993-1997) che ci hanno permesso di continuare lo sviluppo della classificazione, la costruzione della tassonomia e le verifiche cliniche dei risultati; inoltre, per un'ulteriore sovvenzione di 4 anni (1998-2001) chiamata "Evaluation of Nursing-Sensitive Patient Outcome Measures" al fine di meglio precisare i risultati e valutare le scale di misura negli ambiti clinici.
- Il *College of Nursing* (Facoltà di Infermieristica) della *University of Iowa* per il sostegno fornito a questa opera dalle precedenti presidi Melanie Dreher e Geraldene Felton, dal preside ad interim Martha Craft-Rosenberg e dal preside attuale Rita Frantz. Il supporto dato dal *Center for Nursing Classification and Effectiveness*, fin dalla sua fondazione nel 1995, è stato fondamentale per il continuo sviluppo e perfezionamento di entrambe le classificazioni NOC e NIC e per il nostro lavoro sui collegamenti fra diagnosi, interventi e risultati.
- I gruppi di infermieri clinici, di docenti, di sostenitori e di studenti infermieri che hanno dedicato ore e ore di lavoro per sviluppare, rivedere e perfezionare i risultati NOC, gli indicatori ad essi associati e le scale di misura che appaiono nella classificazione NOC.
- L'associazione NANDA International per il suo partenariato mediante l'*Alliance* che collega NANDA-I, NOC e NIC in un grande sforzo al fine di sviluppare la struttura della tassonomia NNN e di sostenere le conferenze nazionali NANDA-I, NOC e NIC.
- Gli infermieri di varie organizzazioni e di molteplici specialità infermieristiche che hanno condiviso le loro esperienze completando gli studi di validazione e gli studi fondamentali per far crescere la classificazione NOC.
- I molti assistiti e le loro famiglie che hanno volontariamente partecipato alla nostra ricerca al fine di completare le valutazioni sia dei risultati sia dei criteri di misura utilizzati durante le prove cliniche.
- Coloro che hanno contribuito al nostro fondo di dotazione a sostegno del lavoro del *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness*.
- Il favoloso staff della casa editrice Elsevier con cui abbiamo lavorato, e in particolare Sandra Clark e Karen Delany, per il diligente lavoro svolto nei nostri confronti.
- Sharon Sweeney, membro competente del nostro staff, che ha condiviso la nostra visione e gestito i dati e i dettagli di questa classificazione NOC per rendere possibile l'attuale edizione.



## Hanno collaborato alle quinta edizione della classificazione NOC

Vogliamo ringraziare le seguenti persone che hanno fornito la loro esperienza per rivedere o sviluppare specifici risultati NOC o che hanno contribuito in altro modo alla realizzazione di questa edizione.

**Sandra L. Bellinger, EdD, RN**, Retired, Trinity College of Nursing & Health Sciences, Rock Island, IL

**Veronica Brighton, MA, ARNP, CS**, Assistant Professor (Clinical), The University of Iowa, College of Nursing, Iowa City, IA

**Jane Brokel, PhD, RN**, Assistant Professor, The University of Iowa, College of Nursing, Iowa City, IA

**Judy Carlson, EdD, APRN, FNP**, Senior Nurse Scientist, Tripler Army Medical Center, Honolulu, HI

**Mary Clarke, PhD, RN, BC**, Director of Nursing Practice, Research and Innovation, Magnet Project Director, Genesis Medical Center, Davenport, IA

**Janice Denehy, PhD, RN**, Associate Professor Emerita, The University of Iowa, College of Nursing, Iowa City, IA

**Janet Enslein, PhD, RN**, Nursing Faculty, St. Ambrose University, Davenport, IA

**İsmet Eşer, PhD, RN**, Professor, Fundamentals of Nursing Department, Ege University Faculty of Nursing, Bornova, İzmir, Turkey

**Mary Ann Fahrenkrug, MSN, RN**, Nursing Faculty, St. Ambrose University, Davenport, IA

**Elem Kocaçal Güler, MS(c)**, Research Assistant, Fundamentals of Nursing Department, Ege University School of Nursing, Bornova İzmir, Turkey

**Susan R. Johnson, MD, MS**, Professor of Obstetrics & Gynecology and Epidemiology, The University of Iowa, Carver College of Medicine, Iowa City, IA

**Peg Kerr, MS, PhD, RN**, Associate Professor, Nursing Department Head, University of Dubuque, Dubuque, IA

**Joan Klehr, RNC, MPH**, Information Systems Analyst, Aspirus Wausau Hospital, Wausau, WI

**Cathy Konrad PhD, RNC**, Faculty, Trinity College of Nursing & Health Sciences, Rock Island, IL

**Regina Holly Lange, MS, RN**, Faculty, Trinity College of Nursing & Health Sciences, Rock Island, IL

**Sue Lehman, MSN, RN**, Assistant Professor (Clinical), The University of Iowa, College of Nursing, Iowa City, IA

**Kathleen Lenaghan MSN, RN-BC**, Nursing Outcomes Specialist, Genesis Medical Center, Davenport, IA

**Kathryn McKnight, PhD(c), MSN, PNP, MPH**, Nursing Faculty, St. Ambrose University, Davenport, IA

**Juleann Miller, PhD, RN**, Nursing Faculty, St. Ambrose University, Davenport, IA

**Shelley-Rae Pehler, PhD, RN**, Associate Professor, University of Wisconsin-Eau Claire, Eau Claire, WI

**Kelly Smith, MSN, RN**, Instructor (Clinical), The University of Iowa, College of Nursing, Iowa City, IA

**Cheryl Wagner, PhD, MSN, MBA, RN**, Associate Dean, American Sentinel University, MSN Programs, Aurora, CO

**Bonnie Wakefield, PhD, RN, FAAN**, Associate Research Professor, Sinclair School of Nursing, University of Missouri, Columbia, MO

### Studenti

**Noriko Abe**, Doctoral student, The University of Iowa, College of Nursing, Iowa City, IA

**Elaine Cook**, Doctoral student, The University of Iowa, College of Nursing, Iowa City, IA

**Renata Pereira de Melo**, Doctoral student, Universidade Federal do Ceará, Brazil

**Mikyung Lee**, Doctoral student, The University of Iowa, College of Nursing, Iowa City, IA

**Mikyung Moon**, Doctoral student, The University of Iowa, College of Nursing, Iowa City, IA

**Hyunkyung Oh**, Doctoral student, The University of Iowa, College of Nursing, Iowa City, IA

**Hye Jin Park**, Doctoral student, The University of Iowa, College of Nursing, Iowa City, IA

**Hui-Chen Tseng**, Doctoral student, The University of Iowa, College of Nursing, Iowa City, IA

### Docenti

**Prisca Olabisi Adejumo, RN, PhD, FWACN**, Senior Lecturer, Department of Nursing, University of Ibadan, Ibadan, Nigeria

**Adenike Olaogun, PhD, RN, RM, RPHN**, Department of Nursing Science, Ile Ife, Nigeria

### Staff

**Sharon Sweeney, BSB**, Coordinator, Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness, University of Iowa, College of Nursing, Iowa City, IA



## Fellow, Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness

Il *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness* presso il *College of Nursing* della *University of Iowa* ha previsto un programma di collaborazione denominato *Fellow, Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness*. Questo è pensato per coloro che vogliono contribuire in maniera significativa allo sviluppo, implementazione e diffusione delle classificazioni NOC e NIC. Si tratta di persone che contribuiscono attivamente alle attività del *Center*: membri di gruppi di ricerca, operatori di agenzie sanitarie, professori in pensione e ricercatori di infermieristica. Anche gli studenti dell'ultimo anno del corso di laurea in infermieristica che portano contributi importanti al lavoro del *Center* possono iscriversi a questo programma.

Gli iscritti dedicano parte del loro tempo per portare avanti le attività del *Center*. Sono risorse utilizzate per svolgere attività quali la revisione delle proposte per nuovi risultati NOC o interventi NIC, la partecipazione a gruppi di lavoro o incontri, l'organizzazione di conferenze, la revisione delle bozze di articoli o monografie, le attività di monitoraggio della diffusione delle tassonomie.

Con l'iscrizione si fornisce la disponibilità a collaborare per un periodo di tre anni (o meno in caso di giustificate ragioni).

Le seguenti persone erano iscritte al programma alla data del 1 giugno 2012.

**Mary Ann Anderson**, Associate Professor, University of Illinois, College of Nursing, Quad Cities Regional Program, Moline, IL

**Ida Androwich**, Professor, Loyola University, School of Nursing, Chicago, IL

**Sandra Bellinger**, Retired, Trinity College of Nursing & Health Sciences, Rock Island, IL

**Sharon Eck Birmingham**, Chief Nursing Executive, Clairvia Business Unit, Cerner Corporation, Durham, NC

**Veronica Brighton**, Assistant Professor (Clinical), University of Iowa, College of Nursing

**Jane Brokel**, Assistant Professor, University of Iowa, College of Nursing

**Gloria Bulechek**, Professor Emerita, University of Iowa, College of Nursing

**Lisa Burkhart**, Associate Professor, Loyola University, School of Nursing, Chicago, IL

**Howard Butcher**, Associate Professor, University of Iowa, College of Nursing

**Teresa Clark**, Advance Practice Nurse, Informatics, University of Iowa Hospitals and Clinics

**Mary Clarke**, Director of Nursing Practice, Research, and Innovation, Genesis Medical Center, Davenport, IA

**Deborah Conley**, Gerontological Clinical Nurse Specialist, Nebraska Methodist Hospital, Omaha, NE

**Elaine Cook**, Assistant Professor, Mount Mercy University, Cedar Rapids, IA

**Sister Ruth Cox**, Faculty, Kirkwood Community College, Cedar Rapids, IA

**Martha Craft-Rosenberg**, Professor Emerita, University of Iowa, College of Nursing, IA

**Jeanette Daly**, Associate Research Scientist, University of Iowa Hospitals and Clinics

**Connie Delaney**, Dean and Professor, University of Minnesota, School of Nursing, Minneapolis, MN

**Janice Denehy**, Associate Professor Emerita, University of Iowa, College of Nursing

**Joanne Dochterman**, Professor Emerita, College of Nursing, University of Iowa

**Gloria Dorr**, Advance Practice Nurse, Informatics, University of Iowa Hospitals and Clinics

**Mary Ann Fahrenkrug**, Adjunct Faculty, Ambrose University, Davenport, IA

**Joe Greiner**, Advanced Practice Nurse, University of Iowa Hospitals and Clinics

**Barbara Head**, Assistant Professor Emerita, University of Nebraska Medical Center, College of Nursing, Omaha, NE

**Todd Ingram**, Assistant Professor (Clinical), University of Iowa, College of Nursing

**Gwenneth Jensen**, Clinical Nurse Specialist, Sanford Health, Sioux Falls, SD

**Marion Johnson**, Professor Emerita, University of Iowa, College of Nursing

**Tess Judge-Ellis**, Associate Professor (Clinical), University of Iowa, College of Nursing

**Gail Keenan**, Associate Professor, Director of Nursing Informatics Initiative, University of Illinois, College of Nursing, Chicago, IL

**Peg Kerr**, Associate Professor, Nursing Department Head, University of Dubuque, Dubuque, IA

**Cathy Konrad**, Faculty, Trinity College of Nursing & Health Sciences, Rock Island, IL

**Marie Kozel**, CARE Project Lead, Methodist Health System, Omaha, NE

**Mikyoung Lee**, Assistant Professor, Indiana University, School of Nursing, Indianapolis, IN

**Sue Lehmann**, Assistant Professor (Clinical), University of Iowa, College of Nursing

**Der-Fa Lu**, Assistant Professor, University of Iowa, College of Nursing

- Meridean L. Maas**, Professor Emerita, University of Iowa, College of Nursing
- Paula Mobily**, Associate Professor, University of Iowa, College of Nursing
- Lou Ann Montgomery**, Director of Nursing Administration, Co-Director of Nursing Clinical Education Center, University of Iowa Hospitals and Clinics
- Sue Moorhead**, Associate Professor and Director, Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness, University of Iowa, College of Nursing
- Hye Jin Park**, Assistant Professor, Florida State University, College of Nursing, Tallahassee, FL
- Shelley-Rae Pehler**, Associate Professor, University of Wisconsin–Eau Claire, Eau Claire, WI
- Aleta Porcella**, Clinical Nurse Specialist–Informatics, University of Iowa Hospitals and Clinics
- Barb Rakel**, Assistant Professor, College of Nursing, University of Iowa
- David Reed**, Research Associate, University of North Carolina, Cecil G. Sheps Center for Health Services Research, Chapel Hill, NC
- K. Reeder**, Assistant Professor, Goldfarb School of Nursing, Barnes-Jewish College, St. Louis, MO
- Cindy Scherb**, Professor, Winona State University, Graduate Programs in Nursing University Center Rochester, Winona, MN
- Debra Schutte**, Associate Professor, Michigan State University, College of Nursing, East Lansing, MI
- Jill Scott-Cawiezell**, Professor and Associate Dean for Academic Affairs, University of Iowa, College of Nursing
- Lisa Segre**, Assistant Professor, University of Iowa, College of Nursing
- Margaret Simons**, Diabetes Nurse Specialist, Iowa City VA Medical Center
- Kelly Smith**, Instructor (Clinical), University of Iowa, College of Nursing
- Janet Specht**, Professor, University of Iowa, College of Nursing
- Anita Stineman**, Associate Professor (Clinical), College of Nursing, University of Iowa
- Elizabeth Swanson**, Associate Professor, University of Iowa, College of Nursing
- Mary Tarbox**, Professor and Chair, Department of Nursing, Mount Mercy University, Cedar Rapids, IA
- Toni Tripp-Reimer**, Professor, University of Iowa, College of Nursing
- Hui-Chen Tseng**, Postdoctoral Fellow, University of Utah, College of Nursing, Salt Lake City, UT
- Sharon Tucker**, Director, Nursing Research and Evidence-Based Practice, University of Iowa Hospitals and Clinics
- Cheryl Wagner**, Associate Dean, American Sentinel University, MSN Programs, Aurora, CO
- Bonnie Wakefield**, Associate Research Professor, University of Missouri, Sinclair School of Nursing, Columbia, MO
- Ann Williamson**, Associate Vice President for Nursing, UI Health Care, and Chief Nursing Officer, University of Iowa Hospitals and Clinics



## Definizione dei termini

### **Risultato dell'assistito sensibile all'assistenza infermieristica**

La condizione, il comportamento, la percezione di un individuo, di una famiglia, di un gruppo o di una comunità che vengono misurati attraverso un continuum in risposta ad uno o più interventi infermieristici. A ciascun risultato NOC è associato un gruppo di indicatori che sono utilizzati per determinare lo stato dell'assistito in relazione al risultato stesso. Ciascun risultato, per poter essere misurato, necessita che siano identificati una serie di indicatori più specifici.

### **Indicatore di risultato**

Un più concreto stato, comportamento o percezione, di un individuo, di una famiglia, di un gruppo o di una comunità, che è utilizzato come segnale per misurare un risultato.

Gli indicatori per i risultati sensibili all'assistenza infermieristica caratterizzano lo stato, di una persona assistita, una famiglia, un gruppo o una comunità, a livello pratico.

Esempi di indicatori sono: "Mette in atto strategie per migliorare la salute", "Mantiene abitudini familiari di routine" e "Assunzione di liquidi adeguata".

### **Scale di misura**

Una scala a cinque punti di tipo Linkert che quantifica un risultato dell'assistito o lo stato di un indicatore su un continuum dal livello meno

auspicabile a quello più auspicabile e prevede una valutazione in un dato momento nel tempo.

Le misurazioni riflettono un continuum quale:

- 1 = Estremamente compromesso,
- 2 = Sostanzialmente compromesso,
- 3 = Moderatamente compromesso,
- 4 = Lievemente compromesso,
- 5 = Non compromesso.

### **Cambiamento del punteggio**

La differenza tra la valutazione del livello di riferimento di un risultato e la valutazione (o le valutazioni) dello stesso risultato dopo un intervento.

Il cambiamento del punteggio può essere positivo (la valutazione del risultato aumenta), negativo (la valutazione del risultato diminuisce) o può non esserci una variazione (la valutazione del risultato rimane invariata). Questo cambiamento nel punteggio di valutazione rappresenta il risultato raggiunto in seguito a un intervento (o a più interventi) di assistenza infermieristica o con altri professionisti della salute.

### **Tassonomia NOC**

L'organizzazione sistematica dei risultati in gruppi o categorie, basata su similitudini, differenze e relazioni tra i risultati stessi.

La tassonomia NOC prevede cinque livelli: domini, classi, risultati, indicatori e scale di misura.



# **PRIMA PARTE**

---



## **Panoramica e utilizzo della classificazione NOC dei risultati infermieristici**



## CAPITOLO UNO

# La classificazione NOC attuale

Identificare quali risultati di una persona assistita sono sensibili e correlabili agli interventi/prestazioni e alle attività infermieristiche è uno dei focus più importanti per la professione infermieristica se si considera la sfida nell'affrontare la gestione dei dati nelle cartelle cliniche elettroniche e la continua attenzione posta al costo-risultato correlato all'efficacia, efficienza e qualità del sistema dell'assistenza sanitaria.

Gli sforzi posti in essere dagli infermieri per misurare i risultati e registrare i cambiamenti delle condizioni dell'assistito nel tempo, permettono agli infermieri di migliorare la qualità dell'assistenza e di aumentare le conoscenze di base della loro disciplina.

In passato, si è fatto affidamento sull'impiego di risultati interdisciplinari, sviluppati soprattutto per la pratica clinica medica.

L'accordo unanime degli infermieri sulla standardizzazione dei risultati correlati all'assistenza infermieristica permette loro di studiare gli effetti dei propri interventi nel tempo e nei vari ambienti di cura.

Standardizzare i risultati con la tassonomia NOC è molto importante dal momento che gli assistiti si muovono rapidamente attraverso una varietà di unità operative, setting di cura, servizi ecc. e frequentemente trascorrono la maggior parte del periodo di convalescenza a casa. La valutazione dei risultati mostra come gli assistiti reagiscono agli interventi infermieristici loro prestati e aiuta a stabilire se è necessario introdurre cambiamenti nell'assistenza. L'impiego di risultati standardizzati fornisce i dati necessari a:

1. chiarire le conoscenze dell'infermieristica,
2. implementare lo sviluppo della teoria,
3. determinare l'efficacia delle cure infermieristiche per la formulazione delle politiche di assistenza sanitaria,
4. evidenziare il contributo dell'infermieristica nei confronti delle persone, delle famiglie e delle comunità assistite.

Gli infermieri hanno documentato i risultati dei loro interventi per decenni, ma la mancanza di un linguaggio comune e di misure uniformi per valu-

tare i risultati hanno ostacolato il raggruppamento, l'analisi e la sintesi delle informazioni relative agli effetti degli interventi infermieristici sul risultato di salute delle persone assistite. La valutazione dei risultati nell'assistenza sanitaria si è estesa fino a includere non solo l'efficacia, ma anche il rendimento degli interventi infermieristici.

La Nursing Outcomes Classification (NOC) risulta complementare alle tassonomie della NANDA International (NANDA-I)<sup>2</sup> e della Nursing Intervention Classification (NIC)<sup>1</sup>. La tassonomia NOC fornisce il linguaggio per le fasi di identificazione dei risultati e di valutazione del processo infermieristico, e il contenuto dei risultati del Nursing Minimum Data Set (NMDS, Raggruppamento di risultati infermieristici di base)<sup>8</sup>. La classificazione NOC può essere usata anche come un importante componente del Outcome Present State Test Model (OPT) per il ragionamento clinico sviluppato da Pesut e Herman<sup>6</sup>. Inoltre, la documentazione dei risultati è stata incoraggiata dal lavoro di NANDA-I<sup>2,5</sup>, dai progressi del NMDS<sup>7,8</sup>, dal lavoro della Nursing Interventions Classification<sup>1,5</sup>, dallo sviluppo di sistemi di informatizzazione nell'assistenza sanitaria, con ampi database standardizzati, nonché dall'enfasi posta sulla dimostrazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria. Solo nel 1997 con la prima pubblicazione della classificazione NOC è stata realizzata una definizione e classificazione dei risultati dell'assistito sensibili all'assistenza infermieristica e clinicamente utili. Inoltre, le strutture concettuali di risultati dell'assistito sensibili all'assistenza infermieristica fino ad allora erano poche e tendevano a descrivere categorie di risultati che non erano stati validati. La classificazione NOC è particolarmente importante perché, i linguaggi standardizzati per le diagnosi infermieristiche computerizzate, gli interventi e i risultati sono necessari per stabilire, con l'utilizzo dei dati clinici reali, i legami e le connessioni tra le manifestazioni (segni e sintomi) dell'assistito. Inoltre i linguaggi standardizzati rappresentano concetti di base di cui la disciplina infermieristica è responsabile e, insieme ai collegamenti fra i concetti, rappresentano un'importante tappa dello sviluppo della teoria infermieristica.

## NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC): COS'È

Questo testo presenta la terminologia standardizzata dei risultati NOC sensibili all'assistenza infermieristica, nelle sue varie aree cliniche, ed è una pratica guida per individuare i cambiamenti dello stato di salute dell'assistito dopo un intervento. Ogni risultato NOC rappresenta un concetto che può essere usato per misurare lo stato dell'assistito, del caregiver, di una famiglia o di una comunità, prima e dopo un intervento. In alcune situazioni cliniche, i risultati possono essere usati per un assistito in una varietà di prospettive diverse. I risultati NOC sono stati sviluppati per un utilizzo infermieristico, ma altre discipline possono trovarli utili per valutare l'efficacia degli interventi forniti in modo autonomo o in collaborazione con gli infermieri. Ogni risultato NOC ha una definizione, una scala di misura, un elenco di indicatori associati, aggregati per concetto e riferimento di supporto. I risultati NOC sono organizzati in una tassonomia che facilita l'identificazione dei risultati per l'utilizzo nella pratica. I tre livelli della tassonomia NOC (domini, classi e risultati) aiutano gli infermieri e altri professionisti sanitari a identificare immediatamente i risultati utili per la loro attività. L'attuale classificazione NOC contiene 490 risultati inclusi 107 nuovi risultati sviluppati dopo la pubblicazione della 4ª edizione del 2008.

### Definizione di risultato NOC

Un risultato infermieristico è costituito da uno stato, da un comportamento o da una percezione di un individuo, una famiglia o una comunità, che viene misurata attraverso un continuum in risposta a un intervento infermieristico. I risultati sono concetti variabili che possono essere misurati attraverso un continuum utilizzando una scala di misura. I risultati sono espressi come concetti che riflettono lo stato, il comportamento o la percezione attuale dell'assistito, del caregiver, della famiglia o della comunità piuttosto che uno specifico obiettivo atteso.

### Misura di un risultato NOC

A ogni risultato NOC e relativi indicatori è associata una scala a 5 punti tipo Likert in modo da fornire un adeguato numero di opzioni atte a mostrare la variabilità in uno stato, un comportamento, una percezione descritta da un risultato. Per esempio il risultato *Funzione cognitiva* è misurato in una scala a 5 punti da "Severamente compromesso" a "Non

Compromesso" e *Capacità del caregiver: assistenza diretta* è misurato su una scala a 5 punti che va da "Non adeguata" a "Totalmente adeguata".

Le scale di misura sono standardizzate per cui un punteggio pari a "5" è sempre il miglior punteggio possibile, mentre un punteggio di "1" è il peggior punteggio possibile.

È possibile valutare un indicatore come "non applicabile" per l'assistito selezionando la colonna NA. Questa struttura della scala non richiede il grado di precisione di una scala a 10 punti, eppure è riuscita a mettere in evidenza modifiche per brevi ricoveri per acuti. Selezionando un risultato NOC, prima di un intervento, l'infermiere stabilisce, insieme con l'assistito, rispetto a un indicatore NOC prescelto, il punteggio di riferimento attuale e il punteggio di riferimento che si desidera raggiungere dopo aver effettuato l'intervento infermieristico; quindi può valutare il risultato dopo che l'intervento è stato effettuato. Questo permette all'infermiere di valutare i cambiamenti nello stato di salute dell'assistito o il mantenimento dei risultati stabiliti nel tempo.

Per esempio se un assistito ha una valutazione "2" prima dell'intervento e "4" dopo l'intervento, il punteggio di variazione è +2. Il risultato reale è il cambiamento nel punteggio ottenuto dopo l'intervento infermieristico. Questa variazione di punteggio, può essere positiva (punteggio aumentato) o negativa (punteggio diminuito), oppure potrebbe non esserci variazione (il punteggio rimane lo stesso). In alcuni casi, una variazione zero nel punteggio, rappresenta l'obiettivo. Questo potrebbe essere il caso in cui l'infermiere, insieme con l'assistito, non si aspetta un miglioramento per l'assistito stesso, ma vuole che venga mantenuto lo stato attuale e provvede a fornire interventi per realizzarlo. Questa è la tipica situazione che si verifica lavorando con assistiti anziani o malati terminali.

### Utilizzo di una persona di riferimento per il confronto

Quando misuriamo i risultati, sosteniamo la necessità di utilizzare una "persona di riferimento" per il confronto con l'assistito di cui l'infermiere si è preso cura.

La persona di riferimento è definita come una persona sana della stessa età e genere.

Per esempio, l'infermiere confronta un uomo malato di sessant'anni con un uomo sano di sessant'anni: questo implica che l'infermiere utilizza l'esperienza personale con altri assistiti in questa

fascia d'età. Si tratta di un passaggio importante per garantire che la misura del risultato possa essere riferibile a tutta la popolazione. Quando un assistito presenta una condizione cronica, per esempio l'artrite, e l'infermiere sta cercando di migliorare la mobilità dell'assistito, la persona di confronto non è un maschio di sessant'anni con l'artrite, ma un maschio sano della stessa età.

Questo confronto mantiene il punteggio di "5" sulle scale di misura come punteggio di salute ottimale. Il punteggio "5" non dovrebbe essere calibrato su condizioni che riflettono lo stato migliore per la popolazione degli assistiti con cui l'infermiere specialista lavora.

Questo è ancor più vero per le popolazioni di assistiti in condizioni gravi con insufficienza renale o scompenso cardiaco congestizio tanto che il punteggio più alto che gli assistiti con una condizione cronica possono raggiungere è "3".

Poiché l'infermieristica sta lavorando per trovare dei risultati di riferimento assistenziali, questo è un'importante requisito per la misura del risultato dell'assistito.

### **Livelli di astrazione dei risultati NOC**

I risultati nella classificazione NOC si trovano a un livello di astrazione più alto rispetto a una tipica dichiarazione di intenti scritta da un infermiere. Gli indicatori utilizzati per determinare la condizione dell'assistito in relazione a un risultato NOC rappresentano il risultato più specifico spesso tradotto in dichiarazione di intenti. Per esempio, alcuni degli indicatori utilizzati per descrivere il risultato *Funzione cognitiva* sono: "memoria a breve termine", "memoria remota", "comunicazione appropriata per l'età", e "elaborazione delle informazioni". Mentre questi indicatori possono rappresentare risultati intermedi o indicatori di cognizione, non possono misurare gli aspetti multidimensionali del concetto di cognizione quando usati singolarmente. L'uso di concetti di medio livello come cognizione facilitano l'utilizzo dei risultati in un sistema computerizzato e per l'accorpamento di dati per la ricerca del rendimento e per la formulazione di una linea politica. Il concetto di medio livello può essere anche utilizzato nello studio sull'efficacia. Per esempio, un ricercatore che valuta un intervento per migliorare la memoria può usare indicatori di risultato per determinare gli effetti dell'intervento sulla memoria e su altri fattori che determinano la condizione. Laddove i risultati attuali non prevedono misu-

re testate per valutare l'effetto degli interventi sulla memoria, essi suggeriscono altri fattori da considerare e possono essere usati in combinazione con parametri misurabili per determinare come il miglioramento della memoria influenzi la funzione cognitiva. Inoltre, se i risultati si dimostrano validi dal punto di vista psicometrico essi potrebbero essere utili per valutare le variabili che influiscono sullo studio dell'efficacia. Lo sviluppo e la validazione di misure di risultato che hanno un uso pratico nella clinica e sono validi per la ricerca hanno importanti implicazioni nel documentare il contributo della professione infermieristica nell'assistenza alla salute e forniscono dati per influenzare la politica sanitaria. Questi vantaggi vengono anche applicati per risultati a livello di famiglie, gruppi e comunità.

I risultati NOC, benché rappresentativi di concetti ampi, di medio livello, hanno gradi diversi di astrazione. Per esempio *Controllo dei rischi* è un ampio risultato definito come "Azioni personali per comprendere, prevenire, eliminare o ridurre i rischi per la salute modificabili" che può essere associato a qualunque intervento infermieristico diretto all'assistenza per identificare e controllare i rischi. Comunque nella classificazione NOC si trovano anche i risultati specifici di rischio che interessano quotidianamente gli infermieri come *Controllo dei rischi: consumo di alcolici* e *Controllo dei rischi: consumo di farmacie e sostanze stupefacenti*. Via via che verranno sviluppati e perfezionati altri risultati NOC si svilupperà anche un più elevato grado di omogeneità dei livelli di astrazione. Le decisioni riguardano l'inclusione di risultati generali oppure specifici; in ogni caso, dipenderanno da ciò che è utile agli infermieri. La nostra esperienza maturata fino ad oggi, indica che gli infermieri in diverse situazioni possano aver bisogno di differenti livelli di astrazione, in base alla propria specializzazione e all'ambito in cui erogano assistenza sanitaria. Il miglior esempio a riguardo viene fornito dagli infermieri che lavorano nelle unità di terapia intensiva che preferiscono risultati più specifici da utilizzare nel loro lavoro. Nella struttura tassonomica, il livello di astrazione si riflette anche nella struttura dominio/classe/risultato.

La struttura della classificazione NOC utilizza il carattere tipografico dei due punti per separare i termini generali da quelli specifici. Per quanto possibile, il primo termine del risultato riflette la parola che gli infermieri potrebbero utilizzare per cercare un risultato. Per esempio, il recupero dall'abuso si trova sotto la categoria

generale *Recupero dall'abuso*, ma è ulteriormente specificato da *Recupero dall'abuso: aspetto emotivo*, *Recupero dall'abuso: economico*, *Recupero dall'abuso: fisico* e *Recupero dall'abuso: sessuale*. Questo modello che crea più risultati globali includendo i risultati specifici, si è rivelato molto utile per lo sviluppo di questa classificazione. Gli infermieri possono scegliere tra il risultato NOC specifico o l'utilizzo del risultato NOC più globale che al suo interno presenta contenuti più specifici sotto forma di indicatori. Questo potrebbe consentire agli infermieri di scegliere un numero minore di risultati per alcuni assistiti.

### Sensibilità dei risultati NOC

Ogni concetto rappresenta lo stato di un utente, caregiver, famiglia o comunità che risulta sensibile in vario grado agli interventi infermieristici. In origine il team di ricerca ha valutato la sensibilità agli interventi infermieristici:

- (1) selezionando i concetti dai risultati presenti nella letteratura infermieristica e nei sistemi di informazione clinica,
- (2) determinando quali risultati sono stati utilizzati per misurare gli effetti degli interventi infermieristici,
- (3) sensibilizzando gli infermieri esperti sull'importanza della misurazione dei risultati quali effetti dell'assistenza infermieristica. L'ultima prova di efficacia sarà la selezione diffusa e l'uso dei risultati NOC nella pratica clinica e nella ricerca con un'attenta analisi che evidenzia l'effetto di un intervento sui risultati.

Poiché i risultati sono stati sviluppati per un loro utilizzo nelle situazioni in cui gli infermieri erogano assistenza, alcuni degli indicatori di risultato potrebbero essere più adatti in una situazione che in un'altra. Per esempio i valori ematici e altri risultati diagnostici usati come indicatori, potrebbero essere adatti in una unità di terapia intensiva o acuta, ma possono essere utilizzati in misura minore in assistenza domiciliare o nelle case di cura. Nel dubbio, abbiamo incluso indicatori che riteniamo siano ancora usati nella pratica a livello globale, come il test delle urine nel diabete, malgrado negli Stati Uniti lo standard sia focalizzato sui valori ematici. Questi indicatori consentono che i risultati di questa classificazione siano validi anche per gli infermieri in altri Paesi a livello mondiale. I risultati a livello di comunità si rivelano più utili negli ambienti in cui ci si occupa di salute della comunità o per

valutare le risposte delle comunità alle calamità. Questa continua a rappresentare l'area meno sviluppata della classificazione, nonostante nella quinta edizione siano inclusi sei ulteriori risultati incentrati sulla comunità.

### Utilizzo da parte di altre discipline

Molti dei risultati infermieristici sviluppati fino ad oggi, non sono specifici per la professione infermieristica; quindi possono essere utilizzati per valutare l'assistenza erogata da altre discipline sanitarie dato che il loro *focus* è sull'assistito. Per esempio, i fisioterapisti possono influenzare fortemente il punteggio globale dei risultati *Mobilità* e *Tolleranza all'attività*. In questa situazione i risultati misurano gli esiti della collaborazione tra l'assistenza infermieristica e la fisioterapia e dimostrano come la tassonomia NOC può aumentare le possibilità di collaborazione. Mentre i risultati possono essere usati in altre discipline, gli indicatori utilizzati per valutare le condizioni di un assistito, in relazione al risultato atteso, possono variare da disciplina a disciplina. Per esempio, i fisioterapisti possono usare indicatori che misurano il miglioramento avvalendosi di strumenti che comunemente non sono a disposizione degli infermieri. In questo caso potrebbero essere aggiunti indicatori supplementari, per far fronte a queste esigenze specifiche, per la misurazione del risultato.

### NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC): COSA NON È

La sezione precedente ha evidenziato i punti chiave della classificazione NOC. Questa sezione sottolinea cosa la NOC non è: completa, prescrittiva, incentrata sulle diagnosi infermieristiche o focalizzata sulla valutazione infermieristica.

### La classificazione non è completa

Sebbene la classificazione NOC contenga risultati frequentemente usati dagli infermieri, in questa fase di sviluppo la classificazione non include tutti i risultati che potrebbero essere importanti per l'infermieristica. Questa edizione include 107 nuovi risultati NOC disponibili per l'utilizzo sia da parte di infermieri sia da parte di altri professionisti della salute. Mentre gli infermieri testano i risultati e li applicano nella pratica e nella ricerca, nuovi risultati saranno identificati mentre quelli attuali subiranno alcune modifiche. Poiché la classificazione dei risultati deve essere modi-

ficata per riflettere i cambiamenti nella pratica infermieristica e sanitaria, essa sarà in continua evoluzione. La sperimentazione dei risultati negli ambiti clinici ha richiesto molte revisioni all'ultima edizione, sulla base delle informazioni inviate dagli infermieri. I cambiamenti nella quarta edizione della classificazione vennero introdotti per rendere più adatta la classificazione NOC alla sua implementazione nelle cartelle cliniche elettroniche e garantire così che i contributi degli infermieri potessero essere accuratamente rappresentati nel futuro. La quinta edizione affina la tassonomia e aggiunge una classe. Un impegno considerevole di questo tipo migliora la classificazione, "costruisce" la conoscenza infermieristica e perfeziona le cure erogate agli individui, alle famiglie e alla comunità.

I risultati pubblicati in questo volume non includono tutti i risultati per gli individui, le famiglie, i gruppi e le comunità per le quali gli infermieri erogano assistenza. In questa edizione sono inclusi i risultati a livello di famiglia e di comunità che si basano sul nostro precedente lavoro, ma gli interventi necessari in queste aree sono molti di più. Comunque, gran parte dei risultati presentati per gli individui possono essere estesi alla descrizione di famiglie, comunità e popolazioni [per esempio, in base alle diagnosi infermieristiche o mediche, in base a raggruppamenti di diagnosi tra loro correlate (DRG, *Diagnosis-Related Group*), in base alla zona geografica in cui è fornita l'assistenza o in base all'infermiere che eroga l'assistenza]. Ulteriori risultati NOC a livello di famiglia e di comunità verranno sviluppati per valutare il grado di efficienza degli interventi infermieristici rivolti a queste entità di riferimento. È possibile che alcuni dei risultati a livello individuale debbano essere modificati per essere applicati alle famiglie, ai gruppi e alle comunità e, in tal caso, le informazioni di ritorno da parte degli infermieri sui mutamenti apportati saranno estremamente utili per le future edizioni.

La classificazione dei risultati infermieristici NOC, inoltre, non contiene risultati per quantificare le prestazioni organizzative o il costo delle prestazioni sanitarie. Questi risultati sono importanti nella ricerca dell'efficienza, ma non riflettono gli effetti degli interventi sull'assistito. I risultati relativi all'organizzazione e ai costi sono molto più utili e utilizzati con frequenza per valutare il rendimento della gestione dell'assistenza infermieristica o dei servizi collegati all'erogazione degli interventi sanitari.

## I risultati NOC non sono prescrittivi

I risultati NOC, essendo a un livello di astrazione maggiore, non definiscono immediatamente gli obiettivi pratici che singoli assistiti o popolazioni di assistiti devono raggiungere in tempi stabiliti, ma essi devono essere tradotti in obiettivi pratici attraverso l'identificazione dello stato di salute desiderato, prendendo in considerazione i singoli indicatori di risultato con la relativa scala di misura e stabilendo con l'assistito il punteggio che realisticamente è possibile raggiungere. I risultati NOC a livello individuale non indicano la linea di azione per una diagnosi infermieristica o per un intervento infermieristico specifici. Essi possono essere scelti per una diagnosi infermieristica o per un intervento in base al giudizio dell'infermiere responsabile dell'assistenza di un singolo individuo oppure in base al giudizio collettivo di coloro che erogano assistenza sanitaria, responsabili dello sviluppo di percorsi assistenziali per una popolazione di assistiti. In questo testo sono suggeriti i possibili collegamenti alle diagnosi infermieristiche NANDA-I che sono descritti nella quarta parte del testo. Questi collegamenti sono presentati sia per assistere gli infermieri nella selezione dei risultati sia per incoraggiare lo studio dei collegamenti proposti. Ulteriori collegamenti fra diagnosi, interventi e risultati sono descritti in altre pubblicazioni<sup>3,4</sup>. I risultati NOC collegati ad alcune condizioni frequenti e ad alto costo medico, sono disponibili nel testo relativo ai collegamenti pubblicato nel 2012<sup>3</sup>.

## I risultati NOC non sono diagnosi infermieristiche

Molti dei risultati, si riferiscono agli stessi stati utilizzati da diagnosi infermieristiche. Una diagnosi identifica uno stato alterato, o che ha la possibilità di essere alterato o migliorato, mentre un risultato valuta lo stato effettivo in un certo momento, usando una scala di misurazione a cinque punti. La tabella 1-1 illustra alcune differenze tra il linguaggio diagnostico e il linguaggio dei risultati, usando le diagnosi NANDA-I e i risultati NOC.

I confronti di tabella 1-1 illustrano la differenza tra il linguaggio usato per identificare uno stato per il quale una diagnosi viene formulata e lo stato che viene misurato come risultato. Essi illustrano anche che alcuni risultati sono più specifici della relativa diagnosi (per esempio, i risultati relativi alla conoscenza), mentre alcune diagnosi sono più specifiche del risultato associato (per esempio, la diagnosi di stipsi). Vi sono anche



**Tabella 1-1** CONFRONTO TRA DIAGNOSI NANDA-I E RISULTATI NOC

Diagnosi NANDA-I	Risultato NOC
Mobilità compromessa	Mobilità
Mancanza di speranza	Speranza
Conoscenza insufficiente	Conoscenze: processo patologico
	Conoscenze: farmaci
	Conoscenze: gestione del diabete
	Conoscenze: comportamento relativo alla salute
	Conoscenze: regime terapeutico
Stipsi	Continenza fecale
Diarrea	Eliminazione fecale
Incontinenza urinaria da stress	Eliminazione urinaria
Incontinenza urinaria riflessa	Continenza urinaria
	Integrità tissutale: cute e mucose
Processi familiari interrotti	Funzionamento della famiglia
	Coping della famiglia
	Clima sociale della famiglia
Disponibilità a migliorare il benessere	Stato di benessere
	Stato di benessere: ambiente
	Stato di benessere: fisico
	Stato di benessere: psicospirituale
	Stato di benessere: socioculturale
	Livello di malessere

alcuni risultati generali per i quali nelle diagnosi NANDA-I si usa un linguaggio differente; tuttavia, questi risultati potrebbero essere selezionati per diversi tipi di diagnosi.

### I risultati NOC non sono valutazioni

I risultati NOC non sono analizzati nella fase di accertamento del processo di assistenza infermieristica anche se gli indicatori possano rappresentare stati, comportamenti, percezioni dell'assistito valutati durante l'accertamento. Nessun risultato rappresenta l'intera gradazione degli stati di un individuo, di una famiglia, di un gruppo o di una comunità che devono essere valutati durante un accertamento globale. L'accertamento fornisce il database per il ragionamento clinico e il processo decisionale, inclusa la selezione delle diagnosi infermieristiche, dei risultati e degli interventi. Sebbene le caratteristiche definenti derivate dall'accertamento di una diagnosi dovrebbero corrispondere con gli indicatori di risultato che si riferiscono a uno stesso stato dell'assistito, non è ancora stata realizzata la validazione necessaria per ottenere una completa corrispondenza tra diagnosi infermieristiche e risultati dell'utente sensibili

all'assistenza infermieristica. I risultati NOC possono essere usati come strumenti di accertamento quando si determina il valore iniziale. Quando viene selezionato un risultato, lo stato, il comportamento o la percezione di un individuo, di una famiglia, di un gruppo o di una comunità devono necessariamente essere valutati e classificati su una scala di valori, per poter ottenere una misura di base da confrontare con le misure effettuate dopo un intervento. È la misura del livello iniziale di un risultato variabile che dovrebbe corrispondere alla diagnosi.

### DOMANDE FREQUENTI

Il lavoro iniziale sui NOC ha identificato domande concettuali che hanno costituito il fondamento sul quale questo lavoro è stato sviluppato. Il gruppo di ricerca originale, ha recensito la letteratura sui risultati dell'assistito, sui sistemi di informazione, sulla scienza della classificazione tassonomica, sulla ricerca di prove di efficacia e sui metodi qualitativi e quantitativi rilevanti per trattare questi problemi. I componenti del gruppo di ricerca hanno analizzato molte fonti di risultati dell'assistito usati dagli infermieri (libri di testo, sistemi

di informazione infermieristici, percorsi assistenziali e piani di cura, studi del risultato, standard della pratica, quadri concettuali e classificazioni). Via via che gli infermieri utilizzano nella pratica professionale i risultati standardizzati anziché gli obiettivi, molte di queste domande iniziali e altre problematiche fondamentali devono venire correttamente indirizzate e attese. Le domande più frequenti sulla classificazione sono riportate di seguito corredate da una breve risposta.

### Chi è l'assistito?

I risultati NOC si concentrano sul destinatario delle cure, ma l'uso tradizionale del termine *assistito* (*patient* in inglese) è troppo limitante. [Nell'edizione italiana del testo, così come in tutti i testi di infermieristica della Casa Editrice Ambrosiana, si è scelto di tradurre il termine inglese *patient* con *persona assistita*, quando il riferimento è chiaramente a un singolo individuo a cui viene fornita assistenza, o con *assistito*, intendendo con questo termine sia un individuo sia una famiglia, un gruppo o una comunità destinatari dell'assistenza. Questa scelta, attenua in parte le problematiche qui esposte dagli autori dell'edizione americana, *N.d.C.*] *L'assistito* tradizionalmente è visto come un destinatario di cure individuali anche se, dato che i familiari e altre persone significative che assumono il ruolo di caregiver sono spesso totalmente coinvolte con gli assistiti e la loro assistenza, diventano anch'essi, di riflesso destinatari delle cure infermieristiche. Il termine *assistito* è usato in molti dei risultati anche se il destinatario della cura potrebbe essere definito, in alcuni ambienti, *cliente* o *residente* o *ospite*. Le prime due edizioni hanno usato il termine *assistito* in modo consistente.

Indipendentemente dalla loro definizione, le persone sono al centro della maggior parte dei risultati in questa classificazione. I dati normalmente sono raccolti su singoli e successivamente aggregati per caratterizzare altre unità di analisi (per esempio, gruppi di utenti, organizzazioni, comunità), ma alcuni risultati richiedono che i dati siano raccolti a livello di gruppo. Il team di ricerca ha deciso di utilizzare le persone come unità di riferimento per lo sviluppo iniziale dei NOC, inclusi i caregiver familiari per valutare l'impatto delle cure infermieristiche sui membri della famiglia considerati individualmente. Nelle edizioni precedenti, sono poi stati inclusi lo sviluppo e l'esame dei risultati per altre unità, come famiglia e comunità, che identificano i nuclei familiari e la comunità nel loro insieme. Risultati aggiuntivi

verranno sviluppati in queste aree quando la classificazione verrà estesa e riesaminata.

### Cosa descrivono i risultati dell'assistito?

Così come per le diagnosi infermieristiche, i fenomeni di interesse per i risultati dell'assistito sensibili all'assistenza infermieristica, *sono rappresentati dagli stati o comportamenti, incluse le percezioni o gli stati soggettivi delle persone assistite o dei caregiver familiari. Queste situazioni si contraddistinguono dagli interventi infermieristici, i quali descrivono comportamenti degli infermieri*<sup>1</sup>. Queste condizioni differiscono anche dalle diagnosi infermieristiche dove gli eventi coinvolti sono rappresentati dagli condizioni dell'assistito di cui si desidera un miglioramento. I risultati definiscono lo stato dell'assistito in un particolare momento e, attraverso il raffronto con valutazioni precedenti, possono indicare miglioramenti o peggioramenti. Le caratteristiche definenti di una diagnosi infermieristica coincidono normalmente con i risultati e gli indicatori in un momento spiacevole nel continuum dello stato di della salute. Gli stati dell'assistito che sono valutati, ma che non sono di interesse infermieristico (non sono la conseguenza di un intervento infermieristico) non sono considerati comunemente dei risultati. I risultati descrivono le condizioni dell'assistito che si manifestano e che sono attese in seguito a un intervento infermieristico.

*Un risultato infermieristico per l'assistito sensibile all'assistenza infermieristica è uno stato, un comportamento o una percezione di un individuo, una famiglia, un gruppo o una comunità misurato lungo un continuum, come conseguenza di interventi infermieristici. A ogni risultato corrisponde un gruppo di indicatori che vengono usati per determinare lo stato dell'assistito in rapporto al risultato. Gli indicatori di risultato dell'assistito sensibili all'assistenza infermieristica sono definiti come stati, comportamenti o percezioni più concreti, di un individuo, una famiglia o una comunità, che servono come riferimento per misurare un risultato.*

Le definizioni e gli indicatori attestano che gli infermieri, i familiari con il ruolo di caregiver e gli assistiti forniscono dati sui risultati e che sia gli assistiti sia i caregiver sono il punto di interesse dei risultati. Alcuni risultati possono essere misurati solo dall'assistito, alcuni solo dagli infermieri e alcuni solo dall'assistito (o dalla famiglia) e dall'infermiere o da altri erogatori di assistenza. Le definizioni di alcuni termini comunemente usati nella classificazione sono elencati nel box 1-1.

# TERZA PARTE

---



## Risultati NOC

## A

**Cessazione dell'abuso (2500)**

**Dominio:** Salute della famiglia (VI) **Classe:** Stato di salute di un componente della famiglia (Z)  
1ª edizione 1997; revisione 2004

**Definizione:** dimostrazione che la vittima non è più oggetto di violenza.

**MISURA DEL RISULTATO ATTESA:** Mantenere a \_\_\_\_\_ Aumentare a \_\_\_\_\_

Misura globale del risultato	Nessuno 1	Limitato 2	Moderato 3	Sostanziale 4	Completo 5	
------------------------------	--------------	---------------	---------------	------------------	---------------	--

**INDICATORI:**

<b>250002</b>	Evidenza che l'abuso fisico è cessato	1	2	3	4	5	NA
<b>250003</b>	Evidenza che l'abuso emotivo è cessato	1	2	3	4	5	NA
<b>250004</b>	Evidenza che l'abuso sessuale è cessato	1	2	3	4	5	NA
<b>250006</b>	Evidenza che lo sfruttamento economico è cessato	1	2	3	4	5	NA

**Bibliografia relativa al contenuto del risultato:**

- Amundson, M. J. (1989). Family crisis care: A homebased intervention program for child abuse. *Issues in Mental Health Nursing*, 10(3-4), 285-296.
- Cowen, P. (1991). *The Iowa crisis nursery project as a factor in the prevention of abuse*. Unpublished doctoral dissertation, University of Iowa, Iowa City, IA.
- Marshall, E., Buckner, E., Perkins, J., Lowry, J., Hyatt, C., Campbell, C., & Helms, D. (1996). Effects of a child abuse prevention unit in health classes in four schools. *Journal of Community Health Nursing*, 13(2), 107-122.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Chamberlin, R., & Tatelbaum, R. (1986). Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 78(1), 65-78.
- Pressel, D. M. (2000). Evaluation of physical abuse in children. *American Family Physician*, 61(10), 3057-3064.
- Reuter, M. M. (1988). Parenting needs of abusing parents: Development of a tool for evaluation of parent education class. *Journal of Community Health Nursing*, 5(2), 129-140.
- +Shepard, M., & Campbell, J. A. (1992). The abusive behavior inventory: A measure of psychological and physical abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(3), 291-305.
- Silverman, J., & Hudson, M. F. (2000). Elder mistreatment: A guide for medical professionals. *North Carolina Medical Journal*, 61(5), 291-296.
- Wang, J. J., Lin, J. N., & Lee, F. P. (2006). Psychologically abusive behaviors by those caring for the elderly in a domestic context. *Geriatric Nursing*, 27(5), 284-291.

**Autocontrollo dei comportamenti di abuso (1400)**

**Dominio:** Salute psicosociale (III) **Classe:** Autocontrollo (O)  
1ª edizione 1997; revisione 2000, 2004, 2008, 2013

**Definizione:** azioni personali adottate per astenersi da comportamenti di violenza e negligenza verso gli altri.

**MISURA DEL RISULTATO ATTESA:** Mantenere a \_\_\_\_\_ Aumentare a \_\_\_\_\_

Misura globale del risultato	Mai dimostrato 1	Raramente dimostrato 2	Talvolta dimostrato 3	Spesso dimostrato 4	Costantemente dimostrato 5	
------------------------------	---------------------	---------------------------	--------------------------	------------------------	-------------------------------	--

**INDICATORI:**

<b>140022</b>	Ottiene i trattamenti necessari	1	2	3	4	5	NA
<b>140020</b>	Partecipa al regime di trattamento richiesto	1	2	3	4	5	NA

**Autocontrollo dei comportamenti di abuso - continuazione**

Misura globale del risultato	Mai dimostrato 1	Raramente dimostrato 2	Talvolta dimostrato 3	Spesso dimostrato 4	Costantemente dimostrato 5	
140006 Parla del comportamento violento	1	2	3	4	5	NA
140007 Identifica i fattori che contribuiscono allo atteggiamento violento	1	2	3	4	5	NA
140010 Esprime frustrazioni	1	2	3	4	5	NA
140013 Espone aspettative compatibili con il livello di sviluppo	1	2	3	4	5	NA
140012 Dimostra autostima	1	2	3	4	5	NA
140005 Usa meccanismi alternativi di coping per far fronte allo stress	1	2	3	4	5	NA
140023 Usa sistemi personali di sostegno	1	2	3	4	5	NA
140017 Controlla gli impulsi	1	2	3	4	5	NA
140018 Usa modello di comportamento corretto	1	2	3	4	5	NA
140024 Usa appropriate tecniche per prendersi cura di sé	1	2	3	4	5	NA
140025 Evita comportamenti di abuso fisico	1	2	3	4	5	NA
140026 Evita comportamenti di abuso emotivo	1	2	3	4	5	NA
140027 Evita comportamenti di abuso sessuale	1	2	3	4	5	NA
140028 Evita di trascurare le necessità di base di sua pertinenza	1	2	3	4	5	NA
140008 Esprime sentimenti relativi alla vittima	1	2	3	4	5	NA
140016 Esprime empatia per la vittima	1	2	3	4	5	NA
140011 Usa atteggiamenti accattivanti nei confronti della vittima	1	2	3	4	5	NA
140009 Identifica le fonti disponibili di aiuto della comunità	1	2	3	4	5	NA

**Bibliografia relativa al contenuto del risultato:**

- Amundson, M. J. (1989). Family crisis care: A homebased intervention program for child abuse. *Issues in Mental Health Nursing, 10*(3-4), 285-296.
- Anderson, C. L. (1987). Assessing parenting potential for child abuse risk. *Pediatric Nursing, 13*(5), 323-327.
- +Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(3), 452-459.
- Cowen, P. (1991). *The Iowa crisis nursery project as a factor in the prevention of child abuse*. Unpublished doctoral dissertation, University of Iowa, Iowa City, IA.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Chamberlin, R., & Tatelbaum, R. (1986). Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics, 78*(1), 65-78.
- Marshall, E., Buckner, E., & Powell, K. (1991). Evaluation of a teen parent program designed to reduce child abuse and neglect and to strengthen families. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric and Mental Health Nursing, 4*(3), 96-100.
- Reuter, M. M. (1988). Parenting needs of abusing parents: Development of a tool for evaluation of parent education class. *Journal of Community Health Nursing, 5*(2), 129-140.
- Taylor, D. K., & Beauchamp, C. (1988). Hospitalbased primary prevention strategy in child abuse: A multilevel needs assessment. *Child Abuse and Neglect, 12*(3), 343-354.
- Tolman, R. M., Edleson, J. L., & Fendrich, M. (1996). The applicability of the theory of planned behavior to abusive men's cessation of violent behavior. *Violence & Victims, 11*(4), 341-354.