



Presentazione dell'edizione italiana

*“Con l’argilla bagnata si formano i recipienti,
ma è il vuoto che è in essi a consentire la pienezza dei vasi.
Col legno si costruiscono case, porte e finestre,
ma è il vuoto che è in esse a rendere abitabili le dimore.
C’è la parte visibile dell’utilità,
ma l’essenziale rimane invisibile”.*

Lao Tzu
maestro cinese, V sec. a.C.

È per me un onore presentare la seconda edizione italiana della *Classificazione NIC degli interventi infermieristici* sulla sesta edizione inglese.

Dopo le molteplici edizioni della classificazione delle diagnosi **NANDA International**, frutto del lavoro clinico, organizzativo e di ricerca degli infermieri a livello mondiale riuniti dagli anni '60-70 attorno all'omonima associazione, la classificazione **NOC** dei risultati infermieristici sensibili all'assistenza infermieristica e la classificazione **NIC** degli interventi sono il frutto maturo del *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness* (CNC), uno dei maggiori centri internazionali per la classificazione infermieristica e l'efficacia clinica, istituito negli anni '90 presso il *College of Nursing* della *University of Iowa*.

Queste 3 tassonomie sono riunite a partire dall'anno 2000 nella **NNN (3N) Alliance** organizzazione cui è affidato un lavoro di collegamento fra **NANDA-I**, **NOC** e **NIC** con una propria presidenza e un proprio consiglio direttivo che comprende membri sia dei 5 comitati della **NANDA International** sia del *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness* e che ogni 2 anni a partire dal 2002 organizza una conferenza internazionale sul linguaggio infermieristico, la classificazione e l'informatica.

A partire da questo breve excursus storico-evolutivo¹ eccoci alla **Classificazione NIC degli interventi infermieristici**, a questo “terzo anello della trilogia delle tassonomie NNN”.

¹ Per gli approfondimenti storico-evolutivi delle tassonomie NNN vedi:

- Nanda International, *Diagnosi Infermieristiche. Definizione e classificazione 2012-2014*. CEA Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2012, parti 1 e 4
- Moorhead S. e coll., *Classificazione NOC dei risultati infermieristici. Misurazione dei risultati di salute*. CEA Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2013, appendice C
- L'appendice C di questo testo.

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

Risposta semplice: *paradossalmente tutto e niente.*

Da una prospettiva epistemologica, l'infermieristica è **arte, scienza, etica ed estetica.**

1. L'infermieristica è **arte** in quanto *creazione unica di relazione incarnata*, di concretezza di incontro con l'altro, del trovarsi faccia a faccia, in presenza, del toccare, ascoltare, sentire, percepire nell'assoluto presente.
2. L'infermieristica è **scienza umana** orientata alla **pratica**. Una **scienza umana** perché ha come soggetto di studio *la persona nella sua unicità*, unicità che implica la comprensione delle sue esperienze di vita, da parte dell'infermiere. Una **scienza pratica** perché, attraverso i suoi stadi di sviluppo, si deve riconoscere che la pratica ha fornito all'infermieristica *la sua ragion d'essere, il suo centro e la sua missione.*
3. L'infermieristica è **etica** nel momento in cui *"fa bene il bene"*, fa cose buone. Ovvero quando un infermiere incontra una persona con un problema/processo di salute e in una relazione empatica di aiuto, trova **insieme con** la persona un percorso di soluzione. Per dirla in modo semplice: quando dalla porta entra un *problema*, insieme nella relazione creativa da quella stessa porta esce una *soluzione.*
4. L'infermieristica è **estetica** nel momento in cui *"fa in modo bello il bene"*, fa cose belle. Ovvero quando nell'atto creativo visibile di una prestazione professionale, un infermiere sa, sente che dedica il proprio tempo-vita, non come *Kronos* ma come *Kairos*, come occasione per incontrare la bellezza intrinseca della persona nella sua infinita forza e fragilità di esistere e di accompagnarla per un tratto della sua personale danza con la vita. Per dirla in modo semplice: *scoprire la bellezza* nel dettaglio, nella fragilità, nel silenzio, nell'essenza di qualsiasi atto, azione, attività intellettuale, scientifica, procedurale, tecnica o relazionale *dall'infinitamente semplice all'infinitamente complesso.*

Ágnes Heller evidenzia come la bellezza etica, intesa come **bellezza di una determinata azione**, non risieda tanto, o soltanto, nel riconoscimento della bontà di un particolare atto, ma nel fatto che tale atto *"è meritevole di lode per la sua bontà e, in più, anche per il modo con il quale (...) è compiuto"* (dall'infermiere).

All'accrescimento del valore di un'azione, inoltre, contribuisce un altro tratto eminentemente estetico, la sua **visibilità**, il suo carattere, almeno in linea di principio, pubblico.

Il profilo estetico di un'azione, infatti, è rinvenibile là dove l'atto *"suscita nell'osservatore non solo apprezzamento, ma anche piacere"*, tratto che consente di valutare chi lo ha compiuto *"non solo come persona buona, ma anche come anima bella"* (infermiere).

Secondo Wickham, l'azione acquista o accresce il suo valore, quando il gesto in cui s'incarna ha un volto visibile, riconoscibile, condivisibile e costruisce armonia. In ciò consistono la bellezza necessaria dell'etica e l'etica possibile della bellezza.

L'infermieristica esiste per offrire assistenza infermieristica alle persone che vogliono migliorare il loro benessere, a coloro che possono avere dei potenziali problemi di salute e a coloro che vivono un'esperienza di malattia.

Non riconoscere il valore della pratica clinica, significa perdere un contributo fondamentale per lo sviluppo della disciplina. Gli infermieri trascorrono gran parte del tempo accanto alle persone assistite, svolgono con e/o per loro le attività di vita quotidiana, come l'igiene personale, la mobilitazione, la somministrazione dei farmaci ecc., "condite" dal rispetto, dall'ascolto, dalla comprensione, dall'empatia, ..., quindi, si "prendono cura".

"L'aver cura e il prendersi cura" sono guidati dalla conoscenza teorica, dall'utilizzo di modelli concettuali, si realizza attraverso il processo di assistenza infermieristica e si concretizza nell'arte dell'infermieristica, con l'incontro tra il professionista in relazione con una determinata persona assistita e il suo esclusivo mondo di vita.

Quanto del lavoro dell'infermiere per risolvere i problemi di salute della persona, è riconosciuto, è trasmesso in termini comprensibili dagli stessi professionisti?

Ogni giorno gli infermieri hanno la responsabilità di aiutare gli assistiti a raggiungere obiettivi

vi di salute attraverso una vasta gamma di interventi e di attività. Hanno a che fare con molti fenomeni che devono essere descritti e spiegati; esiste un mondo di informazioni, nell'infermieristica, che deve essere espresso, non solo per migliorare la comunicazione tra i professionisti, ma anche per lo sviluppo della teoria infermieristica.

Una professione è tale quando l'esperienza di lavoro, l'elaborazione teorica, le conoscenze dimostrate e le competenze di coloro che ne fanno parte permettono un **confronto culturale multiprofessionale** sui problemi di salute dell'utente, con la consapevolezza che la **complessità della persona assistita richiede un contributo collettivo e integrato di molteplici professionisti della salute** con possibilità di arricchimento culturale reciproco. Tale competenza dell'infermiere è richiamata nell'articolo 14 del codice deontologico italiano dell'infermiere del 2009 il quale afferma: *“L'infermiere riconosce che l'interazione fra le professioni e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito”*.

La tassonomia NIC rappresenta, quindi, un'**opportunità** per descrivere e organizzare ciò che gli infermieri attuano quotidianamente, permettendo di identificare e selezionare gli interventi infermieristici e le attività utili per raggiungere i risultati di salute dell'assistito. Le attività assistenziali sono parte integrante di una pratica infermieristica eccellente, migliorabili attraverso un adeguato linguaggio standardizzato che apporta ordine al “caos del fare”.

Il cuore dei NIC rende collettivo, **visibile l'agire dell'infermieristica**.

Il focus dei **NIC 2013** sta nel definire che:

*“un **intervento infermieristico**, è costituito da una qualsiasi azione basata sul giudizio clinico e sulle conoscenze infermieristiche che un infermiere mette in atto per raggiungere i risultati dell'assistito”*.

A ogni intervento corrisponde un **gruppo di attività** usate per personalizzare l'assistenza.

*“Le **attività** sono azioni o comportamenti specifici messi in atto dagli infermieri per implementare un intervento e contribuire a far progredire i clienti verso un risultato desiderato”*.

Gli interventi, che sono identificati e condivisi con l'assistito e il suo mondo di vita, sono realizzati dall'infermiere nella fase di attuazione al fine di conseguire i risultati di salute desiderati.

Possono essere **interventi di:**

- **assistenza diretta** (trattamento effettuato direttamente dall'infermiere in interazione con l'utente);
- **assistenza indiretta** (trattamento effettuato lontano dall'utente, ma per conto dell'utente stesso);
- **iniziati dall'infermiere** (è un intervento del quale l'infermiere assume l'iniziativa in risposta a una diagnosi infermieristica, con azioni autonome, fondate su un razionale scientifico, che vengono compiute per arrecare beneficio all'assistito);

Secondo il D.M. 739/94 – Profilo dell'infermiere – articolo 1, comma 3

L'infermiere (...)

punto b) **Identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;**

punto c) **Pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;**

- **iniziati da altri professionisti della salute** (per esempio un intervento di medico che assume l'iniziativa in risposta a una diagnosi medica, ma che viene svolto come intervento integrato con un infermiere o con altri professionisti);

Secondo il D.M. 739/94 – Profilo dell'infermiere – articolo 1, comma 3

L'infermiere (...)

punto d) **Garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;**

punto e) **Agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;**

- *iniziati dall'infermiere e le cui attività sono affidate/attribuite ad altre figure* (è un intervento del quale l'infermiere assume l'iniziativa e la responsabilità sul risultato in risposta a una diagnosi infermieristica, con attività, che vengono affidate/attribuite, ove l'infermiere lo ritenga necessario, ad altra persona quale per esempio OSS o altro caregiver).

Secondo il D.M. 739/94 – Profilo dell'infermiere – articolo 1, comma 3

L'infermiere (...)

punto f) *Per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;*

Ora sta a noi infermieri compiere il grande salto e **fare la differenza** nella continua ricerca dell'eccellenza nella pratica clinica infermieristica, per garantire alla persona la promozione della salute, la prevenzione e la risoluzione dei problemi di salute, o per accompagnarla nella fase di fine vita.

Scegliere **con** l'utente e il suo mondo di vita, un determinato problema di salute (diagnosi NANDA International), uno o più risultati (NOC) realistici e raggiungibili, scegliere gli indicatori di risultato NOC appropriati, temporizzarli, valutarne il percorso e 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 i modi dell'erogazione dell'assistenza e, quindi, anche la quantità e la qualità della risorsa umana infermieristica necessaria.

Gli interventi infermieristici NIC 2013 in numeri:

- 554 interventi NIC totali;
- 40 nuovi interventi NIC rispetto alla edizione del 2004 (corrispondente alla 1° edizione italiana del 2007); ovvero 23 nuovi interventi rispetto alla edizione inglese del 2008 (non tradotta in italiano)
- oltre 13.000 attività;
- riscritti completamente i primi 2 capitoli del testo;

- revisionati tutti i titoli NIC, le definizioni, le attività,
- revisionata tutta la bibliografia per ogni singolo NIC e tutte le altre parti del testo, appendici comprese.

Questi interventi NIC nuovi, rivisti, riscritti mostrano il carattere non definitivo della classificazione e come affermava Carlo Calamandrei nell'edizione del 2007 *“rende opportuna, una raccomandazione agli infermieri italiani: la classificazione NIC non va interpretata come un nuovo mansionario, ma come una sorta di prontuario dove scegliere di volta in volta gli interventi ritenuti appropriati e prioritari, sapendo che non si tratta di un repertorio statico ed esaustivo ma in continua evoluzione”*.

Perché leggere i NIC 2013?

La classificazione NIC affronta in modo corretto il problema standardizzazione-personalizzazione del linguaggio e della stessa assistenza infermieristica

Standardizzare il linguaggio, facilita la definizione di valori e obiettivi comuni, facilita la ricerca empirica, per esempio nello stabilire l'efficacia di determinati interventi in diverse strutture, l'uso quotidiano di una documentazione informatica e così via.

D'altro canto, modulare gli interventi in funzione dello specifico bisogno del singolo utente, come insegna la teoria infermieristica, permette di migliorarne le condizioni e di aumentarne la soddisfazione nei confronti dell'assistenza ricevuta. Ebbene, in questa classificazione è rigorosamente standardizzato il linguaggio usato per indicare il titolo e la definizione degli interventi, mentre le attività in cui questi si articolano possono essere selezionate o anche modificate per meglio gestire le particolari condizioni cliniche di ogni assistito.

Queste e altre informazioni sono reperibili nel presente volume, che conviene leggere per intero, comprese le pagine introduttive e le appendici.

Suggerisco di leggere le pagine iniziali dalla prefazione ai punti di forza, alle definizioni, poi i primi capitoli e, con calma, i singoli NIC per lettera, mano a mano che servono, e poi le altre parti, in particolare la parte quinta, per avere un pri-

mo riferimento nell'attribuzione degli interventi e del tempo stimato per l'erogazione degli stessi, in tempi di definizione di standard di quantità e di qualità di lavoro infermieristico.

Tutto ciò per rendersi conto che 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 oltre 25 anni di studio e di ricerca di molti infermieri a livello internazionale e del numeroso gruppo di lavoro dell'*University of 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 NIC 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 a essere **creatori** di un rapporto nuovo tra infermiere e persona assistita.

Mi piace pensare che l'infermieristica italiana...

- lentamente si dis-veli e riveli alla luce il suo essere scienza e arte. L'atto assistenziale è particolare e unico, poiché coniuga arte (il prendersi cura) e scienza (conoscenza e metodo scientifico) nell'ambito di una relazione interpersonale con l'assistito;
- promuova interventi e modalità assistenziali che integrino l'azione assistenziale del fare con quella dell'**ascoltare**, quella del sapere con quella del **saper esserci**, la dimensione della cura/terapia con quella della **presenza empatica etica ed estetica**.
- sappia sviluppare la conoscenza che è insita nell'attività assistenziale, intesa come aver cura e prendersi cura, per riconoscere e diffondere, attraverso un linguaggio condiviso, le attività che promuovono, ripristinano la salute delle persone o le accompagnano in tutele loro fasi della vita.

In questo senso:

- i **NOC** permettono di dimostrare quanto i risultati per la persona assistita sono sensibili

all'assistenza infermieristica, 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, assieme alle diagnosi infermieristiche di NANDA International, possono essere implementate concretamente nel processo di assistenza infermieristica, con qualsiasi modello teorico infermieristico; possono essere codificate nei piani di assistenza con l'utilizzo di una documentazione sanitaria sia cartacea sia digitale; possono essere 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.

In Italia, l'assistenza infermieristica ha una precisa e specifica valenza. Secondo l'articolo 2 del codice deontologico dell'infermiere: *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. Tutte le attività assistenziali si fondano sull'incontro con altre persone e l'infermiere contribuisce nella risposta a loro attraverso l'intenzione di "prendersi cura".*

Gli interventi, però, acquistano un senso solo se l'infermiere comprende la situazione particolare dell'assistito ed eroga le prestazioni con competenza, valorizzando il sapere pratico co-costruito nella relazione persona assistita-mondo di vita-infermiere.

La conoscenza teorica e pratica ha potere solo se è nelle mani, nelle azioni di un infermiere competente e sensibile all'alterità dell'altro e, forse, proprio qui sta la bellezza dell'agire. Il prendersi cura, il gesto di cura, l'assicurare l'azione buona (articolo 7 del codice deontologico dell'infermiere "*l'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito...*") per e con l'altro è un lavoro difficile, ma è l'essenza della vita stessa.

Coinvolge corpo-psiche-cuore-spirito, richiama i concetti di *caring* e *healing*: dignità, rispetto,

verità, apertura, accoglienza, ascolto, comprensione, compassione, empatia, sensibilità, sofferenza, dolore, speranza, coraggio, gioia, passione.

Come la conoscenza teorica e pratica sono la sorgente di luce della disciplina infermieristica, così, per Heidegger, la cura è ciò che fa luce nell'esistenza.

Il mio augurio è che i NIC siano i rami dell'albero esperienziale dell'infermiere, per diffondere etica (il buono) ed estetica (la bellezza) del fare.

Possano essere il vocabolario della conoscenza per aiutare l'infermiere a documentare accuratamente ciò che eroga nella pratica clinica infermieristica quotidiana. Per essere pronti, come infermieri, con grande senso di responsabilità e con competenza nel nostro agire, ad assicurare alla persona assistita interventi di cura efficaci nel migliorare o sostenere la sua qualità di vita.

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 Corso di Master in *Lesioni cutanee nell'adulto e nel bambino* – Università degli Studi di Firenze
- Docente al Corso di Master in *L'Infermiere Case Manager* – Università degli Studi di Padova
- Docente al Corso di Laurea Magistrale in *Scienze infermieristiche ed Ostetriche* – Università degli Studi di Firenze



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



Prefazione

Il gruppo NIC è stato creato nel 1987, quindi con questa sesta edizione ci avviciniamo ai 30 anni di esperienza con i linguaggi infermieristici standardizzati. Le precedenti edizioni sono state pubblicate nel 1992, 1996, 2000, 2004 e 2008.

Joanne McCloskey Dochterman e Gloria M. Bulechek hanno curato tutte e sei le edizioni. Howard Butcher si è aggiunto per la realizzazione della quinta edizione del 2008 e con questa sesta edizione diamo il benvenuto a Cheryl M. Wagner.

La classificazione NIC costituisce un linguaggio standardizzato complessivo che descrive i trattamenti effettuati dagli infermieri.

Abbiamo ampliato e rivisto la classificazione grazie a un costante impegno nella ricerca e ai contributi provenienti dalla comunità professionale.

Questa edizione presenta le caratteristiche di seguito illustrate.

- La classificazione NIC è introdotta da due capitoli aggiornati: il *primo* fornisce una panoramica della classificazione NIC e risponde a 21 domande che vengono frequentemente poste su di essa; il *secondo* ha per oggetto l'implementazione e l'utilizzo della classificazione NIC nella pratica clinica, nella organizzazione, nella formazione e nella ricerca. Ciascuno di questi capitoli è da considerare interessante sia per chi è esperto nell'uso della classificazione NIC sia per chi vi si accosta per la prima volta. La descrizione degli inizi della classificazione NIC, a partire dal 1987, e della ricerca per lo sviluppo della classificazione, che era riportata nelle precedenti edizioni, non è stata inclusa in questa edizione. L'appendice C presenta una cronologia delle principali date e degli eventi salienti collegati all'evoluzione della classificazione NIC.
- Questa edizione comprende 554 interventi. Ci sono 23 nuovi interventi mentre 128 di quelli precedenti sono stati rivisti per questa VI edizione inglese. (L'appendice A elenca nel dettaglio gli interventi nuovi, rivisti e cancellati.) La presentazione di ogni intervento è la stessa delle edizioni precedenti. Ciascun intervento ha un dominio, una classe, l'indicazione dell'anno di pubblicazione e di quelli di eventuale revisione, un titolo, una definizione, l'elenco delle attività che l'infermiere può svolgere per implementarlo disposte in ordine logico e un breve elenco di riferimenti bibliografici. Il linguaggio standardizzato riguarda il titolo e la definizione che lo accompagna. Le attività possono essere selezionate o modificate per quanto necessario al fine di soddisfare gli specifici bisogni di una popolazione o di una persona. Pertanto la classificazione NIC può essere utilizzata per trasmettere un significato comune attraverso i vari contesti clinici ma, al tempo stesso, dà modo agli infermieri di personalizzare l'assistenza. I riferimenti bibliografici di molti interventi sono stati aggiornati per questa edizione con variazioni nelle attività apportati come indicato. I riferimenti bibliografici indicati non costituiscono un elenco forzatamente completo dei testi per ciascun intervento. Sono stati compiuti sforzi per inserirvi linee guida cliniche, quando disponibili, e manuali basati sui risultati della ricerca. Essi rappresentano una parte delle fonti che sono state utilizzate per sviluppare la definizione dell'intervento e il relativo elenco di attività e forniscono un supporto per l'utilizzo dell'intervento da parte degli infermieri. Ogni intervento ha un unico numero di codice che facilita l'informatizzazione della classificazione NIC e favorisce il pagamento delle prestazioni professionali (costituite dall'insieme degli interventi e delle attività erogate) per gli infermieri libero professionisti, gli studi associati infermieristici, gli studi integrati ecc. Nelle pagine iniziali di questo testo sono riportati alcuni consigli su come individuare facilmente un intervento.
- La tassonomia NIC, che è stata inclusa per la prima volta nella seconda edizione del 1996, è stata aggiornata per inserirvi tutti i nuovi interventi. Come nelle tre edizioni precedenti, la tassonomia comprende 7 domini

e 30 classi. La tassonomia, presentata nella seconda parte di questo testo, aiuta gli infermieri a individuare e a scegliere gli interventi più appropriati ai bisogni degli utenti e rappresenta una struttura che può essere d'aiuto nella formulazione sia di piani di studio didattici sia di piani di assistenza clinica. (Si veda l'introduzione alla seconda parte per maggiori dettagli.)

- Un'altra caratteristica, presente fin dalla terza edizione del 2000, è rappresentata dall'indicazione dei principali interventi NIC per area clinica infermieristica che aiuta a definire la natura stessa delle diverse aree cliniche. Questi elenchi di interventi principali sono riportati nella quarta parte e sono stati aggiornati e arricchiti per questa edizione. L'aggiunta di 5 aree cliniche (assistenza infermieristica in area diabetica, assistenza infermieristica in area delle malattie infettive: HIV e AIDS, assistenza infermieristica in area della salute domiciliare, assistenza infermieristica in chirurgia plastica e assistenza infermieristica in area trapianti) porta a 49 il numero totale delle aree cliniche infermieristiche considerate. (Si veda l'introduzione alla quarta parte per maggiori dettagli.)
- La parte quinta della presente edizione contiene l'indicazione del tempo stimato e del livello di formazione infermieristica richiesto per effettuare un intervento NIC in modo sicuro e competente. Il tempo stimato e il livello di formazione infermieristica richiesto sono presentati per tutti i 554 interventi NIC contenuti in questa edizione. (Per maggiori informazioni si veda l'introduzione alla quinta parte.)
- I collegamenti tra gli interventi NIC e le diagnosi infermieristiche NANDA-I sono stati aggiornati per questa edizione e sono presentati nella sesta parte. Con la quinta edizione del 2008 questi collegamenti erano stati trasferiti su un sito Internet; tornano ora nell'edizione cartacea del testo in seguito alle numerose richieste ricevute in questo senso.
- Oltre 60 infermieri hanno partecipato alla revisione e all'aggiornamento degli interventi NIC in modo da garantire che questi riflettessero la pratica clinica infermieristica attuale. La lista dei collaboratori presente nelle prime pagine di questo testo riporta i nomi di queste persone. Gli interventi sono stati inviati in formato elettronico per la re-

visione che ha riguardato l'aggiornamento della bibliografia, l'integrazione dell'elenco delle attività e, in alcuni casi, la revisione delle definizioni. L'appendice B illustra le linee guida per la presentazione di nuovi interventi NIC o la modifica degli interventi NIC esistenti.

- Questa VI edizione inglese (II edizione italiana) contiene un elenco di tutte le precedenti edizioni e traduzioni della classificazione NIC (si veda l'appendice E). Le precedenti edizioni presentavano anche un elenco delle pubblicazioni dedicate alla classificazione NIC; il crescente numero di scritti pubblicati in molti paesi ha reso difficile la compilazione di questa bibliografia completa. In futuro, sarà possibile trovare indicazioni di questo tipo sul sito del *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness* (www.nursing.uiowa.edu/cnc).

In sintesi, la classificazione NIC include gli interventi effettuati da tutti gli infermieri. Come in passato, tutti gli interventi infermieristici classificati sono considerati clinicamente utili, anche se alcuni hanno un carattere più generale di altri. Poiché l'ambito clinico dell'assistenza infermieristica che coprono è molto ampio, è prevedibile che nessun infermiere li utilizzi tutti e forse nemmeno una gran parte. Molti interventi NIC richiedono una formazione specifica e alcuni necessitano di un'appropriata certificazione.

Altri interventi si riferiscono ad attività di base relative all'igiene personale e alle misure di benessere che, in determinati casi, possono essere attribuiti ad altri operatori, ma che richiedono comunque una pianificazione e una valutazione da parte dell'infermiere.

L'uso della classificazione NIC:

- contribuisce a rendere evidente l'impatto degli infermieri sull'intero sistema di erogazione dell'assistenza sanitaria;
- standardizza e definisce la base di conoscenze per la pratica professionale e la stesura dei piani di studio;
- facilita una selezione appropriata dei singoli interventi infermieristici;
- facilita la comunicazione dei trattamenti infermieristici ai colleghi e ad altri professionisti della salute;
- consente ai ricercatori di esaminare l'efficacia e il costo dell'assistenza infermieristica;

- aiuta i formatori a sviluppare piani di studio che si raccordano meglio con la pratica clinica;
- facilita l'insegnamento ai nuovi infermieri del processo decisionale in campo clinico;
- aiuta la dirigenza infermieristica a pianificare con maggiore efficacia ed efficienza il personale e i presidi necessari;
- promuove lo sviluppo di un sistema di retribuzione delle prestazioni assistenziali infermieristiche;
- facilita lo sviluppo e l'impiego di sistemi informativi e informatici infermieristici;
- comunica al pubblico la natura dell'infermieristica.

Quando si usa un linguaggio standardizzato per documentare la pratica clinica infermieristica, si ha la possibilità di confrontare e valutare l'efficacia dell'assistenza prestata in più contesti da diversi professionisti della salute.

L'utilizzo di un linguaggio standardizzato non inibisce la nostra pratica assistenziale, anzi comunica agli altri l'essenza dell'assistenza infermieristica e aiuta noi a migliorare la nostra attività professionale mediante la ricerca.

Ancora, lo sviluppo e l'impiego della classificazione NIC contribuisce all'avanzamento della conoscenza infermieristica facilitando i test in ambito clinico degli interventi infermieristici. Siamo convinti che il continuo sviluppo e utilizzo della classificazione NIC favorisca tale avanzamento, così come l'impegno della professione volto ad avere una voce più forte nell'arena della politica sanitaria. Continuiamo ad apprezzare i vostri feedback e attendiamo con interesse gli input che ci vorrete inviare con continuità.

Gloria M. Bulechek
Howard K. Butcher
Joanne M. Dochterman
Cheryl M. Wagner



Punti di forza della classificazione degli interventi NIC

Completa

La classificazione NIC comprende l'insieme degli interventi infermieristici, sia generali sia specialistici. Ne fanno parte interventi fisici e psicosociali; volti sia alla prevenzione sia al trattamento delle malattie; di promozione della salute; destinati a persone, famiglie e comunità; di assistenza indiretta.

Si tratta di interventi sia autonomi sia integrati; che possono essere applicati in qualunque contesto indipendentemente dall'orientamento filosofico.

Basata sulla ricerca

La ricerca per sviluppare la classificazione NIC ha un approccio metodologico multiplo.

I metodi utilizzati comprendono: analisi del contenuto, raccolta dati tramite questionari inviati a esperti, focus group, analisi delle similarità, raggruppamento gerarchico, scaling multidimensionale e test clinici. La ricerca iniziale è stata finanziata dai *National Institutes of Health* e dal *National Institute of Nursing Research*.

Il continuo lavoro di aggiornamento della classificazione NIC si basa sul parere di esperti e su pubblicazioni basate sulla ricerca.

Sviluppata in modo induttivo a partire dalla pratica clinica effettiva

Le fonti sono rappresentate dai manuali in uso, dalle guide alla pianificazione assistenziale e dai sistemi informativi e informatici infermieristici utilizzati nella pratica clinica; con il rinforzo rappresentato dalla competenza clinico-assistenziale dei membri del team e di esperti delle aree cliniche infermieristiche.

Le nuove aggiunte e i nuovi perfezionamenti derivano dai suggerimenti degli utilizzatori e dalle revisioni di gruppi di pari.

Riflette la ricerca e la pratica clinica infermieristica correnti

Tutti gli interventi sono accompagnati da riferimenti bibliografici che ne sostengono lo sviluppo. Inoltre, tutti sono stati riesaminati da esperti della pratica clinica infermieristica e

da importanti organizzazioni di pratica clinica specialistica.

Un processo di feedback consente di tenere conto dei suggerimenti forniti da professionisti infermieri che utilizzano la classificazione nello svolgimento della loro attività.

Ha una struttura che ne agevola l'utilizzo (domini, classi, interventi, attività)

Tutti i domini, le classi e gli interventi hanno una definizione.

Sono stati sviluppati i principi a cui ispirarsi per mantenere la coerenza e la coesione all'interno della classificazione; gli interventi hanno un codice numerico.

Utilizza un linguaggio chiaro e significativo dal punto di vista clinico

Nel corso di tutto il lavoro è stato selezionato il linguaggio più utile nella pratica clinica.

Il linguaggio riflette la chiarezza degli aspetti concettuali (per esempio, la scelta di considerare solo gli interventi e non le diagnosi o i risultati).

Ha definito un processo e una struttura per il suo continuo perfezionamento

Suggerimenti per il miglioramento della classificazione NIC arrivano da ogni parte del mondo. Il continuo perfezionamento della classificazione NIC è facilitato dal *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness* fondato nel 1995 dall'*Iowa Board of Regents* presso il *College of Nursing* della *University of Iowa*.

È stata testata sul campo

All'inizio il processo di implementazione è stato studiato in cinque contesti clinici differenti in cui veniva praticata l'assistenza clinica infermieristica; oggi sono centinaia gli altri centri clinici e di formazione che stanno implementando la classificazione NIC. Per agevolare il processo di cambiamento che ciò implica sono stati definiti i passaggi dell'implementazione.

È accessibile grazie a numerose pubblicazioni e strumenti

Oltre alla classificazione NIC stessa, dal 1990 in poi sono stati pubblicati numerosi articoli e libri. I libri, gli articoli di rivista e le altre pubblicazioni dedicati all'utilizzo e all'importanza della classificazione NIC attestano il valore di questo lavoro. È stato prodotto un video sulla fase iniziale dello sviluppo della classificazione NIC. L'editore Elsevier pubblica una newsletter tre volte l'anno e aggiorna una pagina Facebook per informare gli interessati sugli sviluppi più recenti.

È collegata ad altre classificazioni infermieristiche

I collegamenti degli interventi NIC con le diagnosi infermieristiche NANDA-I sono riportati nella sesta parte di questo libro perché possano essere utilizzati nell'ambito del processo decisionale clinico. L'editore Elsevier ha pubblicato la terza edizione di un testo dedicato ai collegamenti dei risultati infermieristici NOC e degli interventi infermieristici NIC con le diagnosi infermieristiche NANDA-I (la prima edizione di questo testo è stata pubblicata in Italia da CEA con il titolo *Diagnosi infermieristiche, risultati e interventi, Collegamenti NANDA-NOC, NIC*; la terza edizione sarà pubblicata nel 2014 anche in Italia).

Le precedenti edizioni della classificazione NIC sono state collegate con i problemi Omaha, i risultati NOC, i RAP per l'assistenza a lungo termine e il sistema OASIS per l'assistenza domiciliare.

Ha ricevuto riconoscimenti negli USA

La classificazione NIC è riconosciuta dall'A-

merican Nurses Association (ANA), è inclusa nel *Metathesaurus for a Unified Medical Language* della *National Library of Medicine* e negli indici del CINAHL, è inserita nella SNOMED (*Systemized Nomenclature of Medicine*) ed è registrata nel HL7 (*Health Level Seven International*).

È stata sviluppata nella stessa sede della classificazione NOC dei risultati infermieristici

Anche la classificazione NOC dei risultati dell'assistito sensibili all'assistenza infermieristica è stata sviluppata presso la *University of Iowa*.

Sia la classificazione NOC che la classificazione NIC hanno sede presso il *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness* (www.nursing.uiowa.edu/cnc).

È inclusa in un numero crescente di software commerciali dedicati ai sistemi informativi clinici

La *Systematized Nomenclature of Medicine* (SNOMED) ha incluso la classificazione NIC nel suo sistema di registrazione multidisciplinare. Diverse società che producono software hanno ottenuto l'autorizzazione a inserirvi la classificazione NIC sia per gli ospedali sia per servizi di comunità, sia per la pratica clinica infermieristica generale sia per quella specialistica.

È utilizzata in tutto il mondo

La classificazione NIC è consolidata da un uso ventennale in diversi Paesi del mondo.

Sono state completate o sono in corso traduzioni in cinese, coreano, francese, giapponese, islandese, italiano, norvegese, olandese, portoghese, spagnolo e tedesco.

PRIMA PARTE



**Panoramica
e utilizzo
della classificazione
NIC degli interventi
infermieristici**



CAPITOLO UNO

La classificazione NIC attuale

DESCRIZIONE DELLA CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI INFERMIERISTICI NIC

La classificazione NIC degli interventi infermieristici è una classificazione completa e standardizzata degli interventi che sono effettuati dagli infermieri.

Essa risulta utile per la pianificazione dell'assistenza, per la documentazione clinica, per la comunicazione relativa all'assistenza in molteplici contesti, per l'integrazione dei dati fra sistemi e contesti diversi, per le ricerche sull'efficacia della pratica clinica, per la misurazione della produttività, per la valutazione della competenza, per la retribuzione, per la formazione e per lo sviluppo di piani sia di studio, sia assistenziali clinici.

Si tratta di una classificazione che raccoglie gli interventi che gli infermieri effettuano nell'interesse degli assistiti: interventi sia autonomi sia integrati, di assistenza sia diretta che indiretta.

Si definisce *intervento* ogni trattamento, basato sulle conoscenze, sulle evidenze scientifiche e sul giudizio clinico, che l'infermiere attua al fine di migliorare i risultati ottenuti dall'assistito.

Il singolo infermiere è competente solo per un numero limitato di interventi, relativi alla sua area clinica, mentre la classificazione NIC è talmente ampia da comprendere le competenze di tutti gli infermieri. La si può quindi utilizzare in ogni contesto (dalle unità di terapia intensiva all'assistenza domiciliare, dall'hospice alle cure primarie...) e in ogni area clinica (dall'assistenza alla persona in condizioni critiche, all'assistenza pediatrica, a quella geriatrica e gerontologia...).

Considerata nella sua interezza, questa classificazione descrive il dominio dell'infermieristica; contiene inoltre alcuni interventi che vengono effettuati anche da altri professionisti della salute e da altri operatori sanitari: questi sono i benvenuti se intendono usare gli interventi NIC per descrivere i loro trattamenti.

Tra gli interventi NIC ve ne sono alcuni essenzialmente **fisici** (per esempio *Gestione dell'equilibrio acido-base* [codice 1910]) e altri di tipo **psicosociale** (ad esempio, *Riduzione dell'ansia* [5820]).

La classificazione NIC, inoltre, comprende interventi per il **trattamento di malattie** (per esempio *Gestione dell'iperglicemia* [2120]), interventi per la **prevenzione di malattie** (per esempio, *Prevenzione delle cadute* [6490]) e interventi di **promozione della salute** (per esempio, *Promozione dell'attività fisica* [0200]).

La maggior parte degli interventi NIC è da utilizzare sul singolo **individuo**, ma molti riguardano la **famiglia** (per esempio *Promozione dell'integrità nella famiglia* [7100]) e alcuni interessano la **comunità** (per esempio, *Gestione dell'ambiente: comunità* [6484]).

Vi sono anche, come già accennato, interventi NIC di **assistenza indiretta**, uno dei quali è, per esempio, *Gestione degli approvvigionamenti* [7840].

Nella classificazione NIC ciascun intervento compare con un titolo, una definizione, un elenco di attività con le quali può essere utilizzato, una bibliografia di riferimento con letture di approfondimento.

Subito dopo il titolo, sono riportate la posizione che l'intervento occupa nella tassonomia NIC (dominio e classe) e una nota fornisce informazioni relative all'edizione/i nella quale l'intervento in oggetto è stato sviluppato e/o modificato.

In questa edizione vi sono **554 interventi** e oltre **13 000 attività**.

Le parti di un intervento che sono standardizzate sono il titolo e la definizione – che dunque **non devono** essere modificate quando vengono utilizzate.

Ciò consente la comunicazione tra un contesto e l'altro e il confronto dei risultati che si ottengono. Si può comunque personalizzare l'assistenza attraverso le attività. Difatti, da un elenco di 10-30 attività per intervento NIC, il professionista della salute seleziona quelle che sono appropriate per la particolare persona o famiglia che assiste. Inoltre, se lo desidera, può aggiungere altre attività, tenendo però presente che ogni modifica o aggiunta deve essere coerente con la definizione dell'intervento.

Le attività di ciascun intervento NIC sono elencate in ordine logico, andando da quella che

l'infermiere può attuare per prima a quella che dovrebbe essere l'ultima.

Per molte attività il posto occupato nella lista non è essenziale, ma per altre la sequenza temporale ha grande importanza. Gli elenchi delle attività sono piuttosto lunghi perché la classificazione NIC deve soddisfare le esigenze di molti utenti, tra i quali gli studenti infermieri e gli infermieri appena laureati, i quali hanno bisogno di indicazioni più concrete rispetto agli infermieri esperti.

È fondamentale sottolineare che le attività non sono standardizzate; sarebbe stato quasi impossibile standardizzarle così tante e avrebbe di certo impedito il raggiungimento dello scopo di usarle per individualizzare l'assistenza. Quanto alla bibliografia, il breve elenco di pubblicazioni riportato a conclusione di ogni intervento NIC comprende quelle che sono state ritenute le letture più utili per sviluppare l'intervento stesso o che supportano qualcuna delle relative attività.

Esse rappresentano un punto di partenza per chi non conosce l'intervento, ma non è un riferimento completo e non include tutte le ricerche fatte su di esso. È opportuno chiarire che nonostante gli elenchi delle attività siano molto utili per l'insegnamento di un intervento e per la sua attuazione, non costituiscono tuttavia l'essenza della classificazione NIC, la quale è rappresentata dai titoli e dalle definizioni.

I titoli, in particolare, rappresentano un sommario delle diverse attività e permettono agli infermieri di identificare e di comunicare la natura del loro lavoro. Prima dell'organizzazione della classificazione NIC, gli infermieri disponevamo solo di lunghe liste di attività separate e di una struttura che non facilitava l'organizzazione delle stesse; oggi, grazie alla classificazione NIC, possiamo agevolmente comunicare i nostri interventi con un titolo, che è accompagnato sia da una definizione formale sia da un elenco di attività per la sua attuazione.

Gli interventi, per facilità d'impiego, sono stati raggruppati in **30 classi e 7 domini**.

I **7 domini** sono (si veda la tassonomia NIC nella seconda parte):

- (1) Fisiologico di base,
- (2) Fisiologico complesso,
- (3) Comportamento,
- (4) Sicurezza,
- (5) Famiglia,
- (6) Sistema sanitario,
- (7) Comunità.

Qualche intervento NIC figura in più di una classe, ma ciascuno ha un unico numero (codice) che identifica la classe principale a cui appartiene; questo codice non viene utilizzato per nessun altro intervento.

La tassonomia NIC è stata codificata per diverse ragioni:

- 1) facilitarne l'uso con il computer,
- 2) agevolare la gestione dei dati,
- 3) favorirne l'articolazione con altri sistemi codificati e
- 4) utilizzarla per "pesare" il tempo-lavoro infermieristico a fini organizzativi, statistici, retributivi.

I codici dei 7 domini vanno **da 1 a 7**, quelli delle classi **da A a Z maiuscolo e da a a z minuscolo** (a oggi sono utilizzate tutte le classi corrispondenti all'alfabeto A-Z maiuscolo e 4 classi a-b-c-d dell'alfabeto minuscolo).

Ogni intervento NIC ha un unico numero di quattro cifre. Volendo, le attività possono essere codificate in sequenza usando due cifre dopo la virgola (per inciso, i numeri non sono inclusi in questo testo per non distrarre i lettori).

Un esempio di codificazione completa è **4U-6140.01** che significa:

- 4** relativo al dominio *Sicurezza*,
- U** relativo alla classe *Gestione delle crisi*,
- 6140** relativo all'intervento *Gestione dei codici di gravità*,
- 01** relativo alla prima attività descritta a pagina 161: *"Valutare la risposta dell'assistito per determinare l'azione appropriata"*.

Gli interventi NIC sono stati collegati:

- con le diagnosi infermieristiche NANDA International o NANDA-I (includere in questa edizione, si veda la sesta parte),
- con lo schema di classificazione del problema Omaha System¹³,
- con i protocolli di valutazione del residente (RAP, *Resident Assessment Protocols*) usati nelle case di riposo⁷
- con OASIS (*Outcome and Assessment Information Set*)⁶ di cui è stata decisa l'obbligatorietà negli USA al fine di raccogliere i dati sugli assistiti coperti da Medicare/Medicaid che ricevono una specifica assistenza a domicilio.

I collegamenti tra Omaha, RAP e OASIS sono disponibili al *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness* (CNC) al College of Nursing della University of Iowa.

I risultati NIC sono stati collegati, inoltre, alle diagnosi NANDA-I, alla classificazione dei risultati infermieristici NOC e a 10 patologie (per esempio ipertensione, sostituzione articolare completa: anca/ginocchio) nel libro *NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions: Supporting Critical Reasoning and Quality Care* pubblicato da Elsevier nel 2012¹⁴ (la cui edizione italiana sarà pubblicata dalla Casa Editrice Ambrosiana nel 2014). Questo libro, che attualmente si trova alla terza edizione, unifica i linguaggi NANDA-I, NOC e NIC e può essere utilizzato come un valido strumento per sviluppare piani d'assistenza e sistemi informativi infermieristici.

Il linguaggio usato nella classificazione NIC è chiaro e coerente e rispecchia quello che viene utilizzato nella pratica clinica.

Le risposte ricevute da infermieri clinici nel corso di alcune interviste, così come oltre 20 anni di uso della classificazione, hanno dimostrato che tutti gli interventi che essa contiene vengono realmente utilizzati. A prima vista un elenco che comprende in tutto **554 interventi** può sembrare immenso allo studente infermiere e all'infermiere clinico, ma abbiamo constatato che il professionista fa presto a individuare gli interventi che vengono usati più frequentemente nella sua area clinica o con la popolazione di assistiti di cui si occupa. Esistono comunque altre modalità con cui localizzare l'intervento desiderato: la tassonomia, i collegamenti con le diagnosi e gli interventi principali per le diverse aree cliniche, contenuti anch'essi in questa edizione.

La classificazione NIC viene costantemente aggiornata e si avvale di un continuo processo di feedback e di revisione. Nell'appendice B di questo libro si trovano le istruzioni per l'infermiere che intenda dare suggerimenti per la modifica degli interventi NIC esistenti o proporre un nuovo intervento NIC. Molti dei cambiamenti che caratterizzano questa edizione sono infatti il frutto dell'impegno di infermieri clinici e infermieri ricercatori che hanno dedicato molto tempo alla formulazione di proposte di modifica basate sulla loro esperienza nell'utilizzo della classificazione NIC nell'applicazione pratica e nella ricerca. Le proposte di questo tipo vengono accolte e sottoposte, se necessario, a un processo di revisione con correzioni e cambiamenti. Naturalmente, tutti coloro le cui proposte di modifica sono accolte e inserite nella successiva edizione della classificazione NIC vengono citati nel libro.

Nuove edizioni della classificazione NIC sono pianificate all'incirca ogni cinque anni.

Presso il *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness*, alla *University of Iowa*, sono disponibili i resoconti dei lavori di revisione che vengono svolti tra una edizione e la successiva e altre importanti pubblicazioni che possono migliorare l'utilizzo della classificazione NIC.

La ricerca volta a sviluppare la classificazione NIC ha avuto inizio nel **1987** e ha conosciuto quattro fasi, con qualche sovrapposizione temporale tra l'una e l'altra:

Fase I: Costruzione della classificazione (1987-1992)

Fase II: Costruzione della tassonomia (1990-1995)

Fase III: Test clinici e perfezionamento (1993-1997)

Fase IV: Utilizzo e mantenimento (1996 ad oggi)

Il lavoro che è stato svolto in ciascuna fase è descritto nelle precedenti edizioni di questo libro e in molte altre pubblicazioni (per alcuni esempi, vedere i riferimenti bibliografici^{5,8,11,12,17}).

La ricerca è iniziata con un finanziamento di sette anni da parte del *National Institute of Nursing* che fa capo ai *National Institutes of Health*.

Il lavoro che si sta svolgendo attualmente è invece sostenuto dal *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness* presso il *College of Nursing* della *University of Iowa*, con finanziamenti che sono sostanzialmente il frutto degli introiti provenienti dalla vendita delle licenze e dei prodotti correlati. Allo sviluppo degli interventi NIC ha provveduto un ampio gruppo di ricerca i cui membri rappresentavano molteplici aree di competenza clinica e metodologica. Questi, unitamente ad altre persone che hanno contribuito a tale continuo sviluppo, sono stati nominati collaboratori (nell'ambito del programma *Fellow* descritto nelle pagine iniziali di questo testo) del *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness* per un periodo di tre anni. I collaboratori danno un importante contributo per il continuo miglioramento e per l'utilizzo delle classificazioni NOC e NIC. Tra questi, ci sono infermieri membri di gruppi di ricerca, infermieri delle aziende coinvolte nel progetto, infermieri docenti in pensione e infermieri stagisti. La lista aggiornata dei collaboratori è consultabile nell'introduzione di questo libro. Chi desidera maggiori informazioni sul *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness*, la sede dove vengono studiate e aggiornate le tassonomie NOC e NIC, può consultare il sito: <http://www.nursing.uiowa.edu/cnc>.

Per lo sviluppo della classificazione NIC sono stati utilizzati vari metodi di ricerca.

Nella prima fase si è adottato un **approccio induttivo** al fine di costruire la classificazione sulla base della pratica clinica esistente. Ci si è serviti, come fonti originali, dei libri di testo in uso a quel tempo, di guide alla pianificazione dell'assistenza e di sistemi informativi infermieristici. Per aumentare la competenza clinica dei membri dei gruppi, sono state utilizzate anche l'analisi del contenuto, la revisione da parte di focus group e questionari sottoposti a infermieri esperti di varie aree cliniche.

Nella seconda fase si è adottato un **approccio deduttivo**: i metodi adottati per costruire la tassonomia NIC sono stati l'analisi delle somiglianze, il raggruppamento gerarchico e la formazione di scale multidimensionali. Attraverso test clinici sul campo, sono stati identificati e provati i passaggi da compiere per l'implementazione ed è stata inoltre riconosciuta la necessità di collegamenti tra diagnosi infermieristiche NANDA-I, risultati NOC e interventi NIC.

Con il passare del tempo, più di mille infermieri hanno compilato questionari e circa cinquanta associazioni professionali hanno inviato input in merito alla classificazione. Si possono trovare ulteriori dettagli in alcuni capitoli delle precedenti edizioni di questo volume, oltre che in numerosi articoli e capitoli di altri libri. Molto utile per documentare i primi lavori è un video preparato dalla *National League of Nursing*, che può essere noleggiato presso il *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness* alla *University of Iowa*.

Sono inoltre disponibili diversi strumenti che possono aiutare a implementare la classificazione NIC.

In questo libro sono inclusi la struttura della tassonomia NIC, che agevola l'infermiere interessato a trovare un determinato intervento, i collegamenti con le diagnosi infermieristiche NANDA-I per facilitare la decisione clinica quando si utilizza questo linguaggio diagnostico, gli interventi principali per aree cliniche, così come l'indicazione del tempo stimato e del livello di formazione che sono necessari per svolgere ciascun intervento NIC (quinta parte).

Il successivo capitolo 2 contiene informazioni sull'uso della classificazione NIC nella pratica clinica, nella formazione e nella ricerca, nonché informazioni sulle modalità di scelta di un intervento NIC, sui passi da percorrere per l'im-

plementazione della classificazione NIC in un'organizzazione di tipo clinico o formativo, e sul suo utilizzo nella ricerca di prove d'efficacia.

Inoltre, sono disponibili presso il *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness* un'antologia delle precedenti pubblicazioni e una monografia a scopo formativo che descrive l'implementazione di un programma e l'uso delle classificazioni NOC e NIC in un piano di studi per la laurea in infermieristica, così come delle monografie sui collegamenti descritti in precedenza.

Inoltre Elsevier, la casa editrice di NOC e NIC, ha un account Facebook con notizie sempre aggiornate sulle classificazioni.

Un'indicazione dell'utilità della classificazione è rappresentata dal riconoscimento a livello nazionale e internazionale.

La classificazione NIC è riconosciuta infatti dall'*American Nurses' Association* (ANA) ed è inclusa come set di dati che soddisfa le linee guida uniformi per il sistema informativo dei fornitori nell'*ANA Nursing Information and Data Set Evaluation Center* (NIDSEC).

Ancora, gli interventi NIC sono inclusi nel *Metathesaurus for a Unified Medical Language* della *National Library of Medicine*.

Il *Cumulative Index to Nursing Literature* (CINAHL) ha inserito gli interventi NIC nei suoi indici. Gli interventi fanno inoltre parte dei requisiti della *Joint Commission on Accreditation for Health Care Organization's* (JCAHO) e sono uno dei sistemi di classificazione infermieristici da poter usare per soddisfare gli standard per la raccolta di dati coerenti. La classificazione NIC è poi registrata all'*HL7 (Health Level 7)*, l'organizzazione americana per gli standard relativi all'assistenza sanitaria.

Gli interventi NIC sono stati inseriti, infine, anche nello *SNOMED (Systematized Nomenclature of Medicine)*.

In alcuni Paesi è stato dimostrato un notevole interesse per la classificazione e per questo motivo sono state compilate o sono in corso d'opera traduzioni in cinese, olandese, francese, islandese, **italiano**, tedesco, giapponese, coreano, norvegese, spagnolo, e portoghese.

La maggior parte di queste traduzioni sono pubblicate come libri di testo (si veda l'appendice E).

Tuttavia, la migliore indicazione dell'utilità degli interventi NIC è rappresentata dall'innumerabile elenco di persone e organizzazioni che ne fanno uso. Molte organizzazioni sanitarie li utilizzano infatti per formulare standard, piani di assistenza, per valutare la competenza dei

professionisti della salute e nei sistemi informativi infermieristici; i programmi per la formazione infermieristica utilizzano la classificazione al fine di strutturare piani di studio e identificare le competenze che gli studenti infermieri devono acquisire durante il corso di studi; vi sono fornitori di sistemi informativi che hanno inserito gli interventi NIC nei loro software; gli autori dei principali libri di testo se ne servono per parlare dei trattamenti infermieristici, mentre vi sono infermieri ricercatori che li usano per studiare l'efficacia dell'assistenza infermieristica.

Le norme per l'autorizzazione all'utilizzo della classificazione NIC nelle pubblicazioni, nei sistemi informativi e nei corsi di formazione sono presentate nella seconda di copertina di questo testo.

Una parte dei ricavi così ottenuti ritorna al *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness* per contribuire al costante sviluppo della classificazione stessa.

COSTITUZIONE DEL GRUPPO PER LA CLASSIFICAZIONE DEI RISULTATI INFERMIERISTICI NOC

In seguito allo sviluppo della classificazione NIC il *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness* si è reso conto che, per completare gli strumenti utili alla documentazione del processo di assistenza infermieristica, oltre alla classificazione delle diagnosi e degli interventi, sarebbe stata necessaria una terza classificazione, quella dei risultati dell'assistito sensibili all'assistenza infermieristica.

Una studiosa appartenente al gruppo NIC, l'infermiera Meridean Maas, è venuta a sapere che la collega Marion Johnson aveva manifestato da tempo il proprio interesse per i risultati infermieristici: insieme hanno deciso di costituire un altro gruppo infermieristico di ricerca, allo scopo di sviluppare una classificazione dei risultati dell'assistito sensibili all'assistenza infermieristica.

Hanno cercato di reclutare altre persone, al di fuori degli infermieri appartenenti al gruppo NIC, per non diminuirne la forza, ma è successo che alcuni membri del gruppo NOC hanno continuato a essere anche componenti di quello NIC.

In realtà, questo è stato un punto di forza, perché ciò ha garantito la continuità e la comprensione fra i due gruppi. Dochterman e Bulechek hanno fornito consulenze nei primi anni di lavoro del gruppo NOC.

Gli infermieri ricercatori del gruppo della classificazione NOC sono stati in grado di utilizzare,

o modificare e poi attuare, molti degli approcci e dei metodi di ricerca che erano stati sviluppati dal gruppo infermieristico della classificazione NIC.

Il gruppo NOC nasce nel 1991 e la prima edizione della classificazione NOC viene pubblicata nel 1997. Il nome della classificazione e l'acronimo NOC (*Nursing Outcomes Classification*) sono stati deliberatamente scelti in modo che ci fosse un'associazione con la correlata classificazione NIC.

Il libro *Nursing Outcomes Classification (NOC)* è stato pubblicato la prima volta da Mosby (ora Elsevier) nel 1997 e aggiornato con le edizioni del 2000, 2004, 2008 e 2013.¹⁸

Le nuove edizioni di NOC e NIC sono ora pubblicate contemporaneamente.

I risultati NOC dell'assistito servono come criterio di confronto per valutare il successo di un intervento infermieristico. Ogni risultato NOC ha una definizione, un elenco di indicatori NOC da utilizzare per valutare lo stato dell'assistito in rapporto al risultato stesso, una scala Likert a cinque punti per misurare le condizioni dell'assistito e una breve lista di riferimenti utilizzati per sviluppare il risultato NOC. (Per un esempio di risultato NOC, si veda il capitolo 2 alla pagina 19). Alcuni esempi di scale utilizzate per i risultati NOC sono:

- da 1, estremamente compromesso, a 5, non compromesso;
- da 1, costantemente dimostrato, a 5, mai dimostrato.

I risultati NOC sono stati sviluppati per essere utilizzati lungo tutto il continuum dell'assistenza, per cui si possono usare per monitorare sia i risultati ottenuti dall'assistito nel corso di un episodio acuto di malattia, sia quelli ottenuti in un lungo periodo di prestazioni assistenziali.

La quinta edizione della classificazione NOC è stata pubblicata contemporaneamente a questa sesta edizione della classificazione NIC. Anche per la classificazione NOC la sede è il *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness*, presso il *College of Nursing della University of Iowa* e, così com'è accaduto per la classificazione NIC, essa è stata tradotta in molte altre lingue e viene utilizzata negli ambiti clinici, formativi e di ricerca.

CENTER FOR NURSING CLASSIFICATION AND CLINICAL EFFECTIVENESS (CNC)

Come già detto in precedenza, il *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (CNC)*,

Centro per la classificazione infermieristica e l'efficacia clinica), presso il *College of Nursing* della *University of Iowa*, è la sede delle classificazioni NOC e NIC.

L'apertura del CNC è stata approvata dalla *Board of Regents* dello Stato dell'Iowa (il corpo governativo che supervisiona/sovrintende le tre università statali, N.d.C.) nel 1995 con il nome di *Center for Nursing Classification*.

Il nome venne poi ampliato nel 2001 in *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness*. Il suo scopo fondamentale è quello di facilitare il continuo sviluppo e utilizzo delle classificazioni NOC e NIC.

In funzione di tale scopo, il CNC mette in atto i processi di revisione e le procedure di aggiornamento delle classificazioni NOC e NIC, diffonde i materiali relativi ad esse, fornisce supporto gestionale per aiutare gli infermieri ricercatori universitari a ottenere finanziamenti, e offre opportunità di ricerca e di formazione per studenti infermieri e per collaboratori occasionali. Inoltre, fornisce una struttura per la continua revisione delle classificazioni e per la comunicazione con i molti infermieri e gli altri professionisti della salute che, in centri di formazione e in strutture di cura, stanno adottando questi linguaggi nei loro piani di studio e nei sistemi di documentazione.

Il CNC è fisicamente costituito da tre stanze che si trovano al quarto piano del *College of Nursing*: una delle stanze è una sala conferenze provvista di una piccola biblioteca. Attualmente, il direttore è l'infermiera Sue Moorhead e il coordinatore è l'infermiera Sharon Sweeney.

Esse sono supportate nelle loro decisioni da un consiglio esecutivo costituito dai curatori dei libri NOC e NIC.

Inoltre, vi sono i collaboratori (si veda pag. XIX) che contribuiscono al lavoro del CNC.

Questo riceve supporto economico da diverse fonti, fra cui fondi di Università e Facoltà, entrate economiche derivanti dalla vendita di licenze, permessi e prodotti legati alle classificazioni NOC e NIC, nonché da pubblicazioni ad esse correlate, donazioni, e introiti derivanti dalle iniziative del CNC stesso. Una buona parte dei costi necessari a supportare il CNC sono stati coperti attraverso donazioni ricevute nel corso dell'ultimo decennio: queste entrate garantiscono una sicurezza permanente a lungo termine al fine di portare avanti il lavoro intrapreso.

Informazioni sul *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness* e sui suoi prodotti

ed eventi si possono trovare sul sito web <http://www.nursing.uiowa.edu/cnc>.

Il CNC ospita infermieri visitatori che vengono per un breve periodo di studi, così come infermieri ricercatori nazionali e internazionali che vengono per un periodo più lungo per lavorare a un progetto.

Assieme ad altri, inoltre, sponsorizza l'*Institute for Informatics and Classifications* che è stato istituito nel 1998 in Iowa. Questo Istituto offre un'esperienza intensiva di formazione e aggiornamento sulle classificazioni NOC e NIC e sul loro uso, così come su argomenti all'avanguardia in ambito informatico.

DOMANDE FREQUENTI SULLA CLASSIFICAZIONE NIC

In questa sezione del libro abbiamo cercato di rispondere ad alcune delle domande più frequenti (FAQ) sulla classificazione NIC.

Comprendere la ragione per la quale le cose sono state fatte (o non fatte) in un certo modo può fornire un aiuto per usare al meglio la classificazione.

Abbiamo creato questa sezione con la seconda edizione della classificazione NIC del 1997 e abbiamo continuato ad aggiornarla.

In questa edizione, abbiamo raggruppato le domande in cinque argomenti:

- (1) tipi di interventi,
- (2) scegliere un intervento,
- (3) scegliere un'attività,
- (4) implementazione/informatizzazione della classificazione NIC,
- (5) altro.

Le domande numero 12 e 14 sono nuove per questa edizione.

Tipi di interventi

1. La classificazione NIC tiene conto dei trattamenti utilizzati nella pratica infermieristica in particolari aree cliniche? Assolutamente sì. Molti degli interventi NIC richiedono una formazione avanzata ed esperienza in una particolare area della pratica clinica. Per esempio, i seguenti interventi possono rispecchiare quella che è la realtà clinica di un infermiere esperto che lavora in ostetricia: *Amnioinfusione* [6700], *Assistenza al parto* [6720], *Monitoraggio elettronico fetale antepartum* [6771], *Facilitazione dell'elaborazione del lutto: morte perina-*

tale [5294], *Assistenza alla gravidanza ad alto rischio* [6800], *Induzione del travaglio* [6850], *Soppressione del travaglio* [6860], *Gestione delle tecnologie per la riproduzione assistita* [7886] e *Ecografia ostetrica* [6982].

Una lista simile è stata definita per molte altre aree cliniche (si veda la quarta parte).

L'*American Board of Neuroscience Nursing* ha inserito la classificazione NIC nel suo esame di certificazione, in base a indagini svolte per definire il proprio ruolo infermieristico e per definire l'attuale pratica infermieristica nelle neuroscienze.⁴

L'*American Association of Neuroscience Nurses* ha incorporato la classificazione NIC negli standard di pratica clinica e ha identificato gli interventi NIC principalmente utilizzati dall'infermieristica nell'area delle neuroscienze, che sono elencati nella quarta parte di questo libro.

Susan Beyea² incoraggia le organizzazioni infermieristiche specialistiche in particolari ambiti clinici a usare i linguaggi standardizzati disponibili nel momento in cui sviluppano standard e guide linea per la pratica infermieristica in relazione al tipo di assistiti di proprio interesse.

2. La classificazione NIC tiene conto delle importanti funzioni di monitoraggio dell'infermiere? Assolutamente sì. La classificazione NIC include molti interventi di monitoraggio (per esempio, *Monitoraggio elettronico fetale antepartum* [6771], *Monitoraggio della politica sanitaria* [7970], *Monitoraggio della pressione endocranica* [2590], *Monitoraggio neurologico* [2620], *Sorveglianza* [6650], *Sorveglianza: gravidanza post termine* [6656], *Monitoraggio dei parametri vitali* [6680]).

Questi interventi NIC, per l'appunto, consistono principalmente in attività di monitoraggio, ma includono anche alcune attività che rispecchiano il processo di valutazione e giudizio clinico o, nello specifico, cosa gli infermieri pensano o prevedono quando monitorizzano l'assistito.

Questi interventi suggeriscono cosa cercare e cosa fare quando un evento previsto si verifica. In più, in tutti gli interventi NIC sono incluse attività di monitoraggio, anche quando queste fanno parte di un altro intervento NIC.

Si sottolinea che le parole *monitorare* e *identificare* sono utilizzate per indicare attività di valutazione iniziale/accertamento che sono parte di un intervento. Abbiamo cercato di utilizzare queste parole, piuttosto che la parola *accertare*, poiché accertamento è il termine utilizzato all'interno del processo infermieristico quando ci si riferisce a quelle attività che vengono effettuate **prima** della diagnosi infermieristica.

3. La classificazione NIC include interventi utilizzabili da un infermiere che fornisce assistenza primaria, in particolare interventi finalizzati alla promozione della salute? Certo. La classificazione NIC contiene tutti gli interventi che gli infermieri attuano per promuovere la salute, nonostante questi non siano raggruppati in un'unica classe.

Alcuni esempi: *Guida preventiva alle situazioni critiche* [5210], *Sostegno al processo decisionale* [5250], *Miglioramento dello sviluppo: adolescente* [8272], *Miglioramento dello sviluppo: bambino* [8274], *Promozione dell'attività fisica* [0200], *Educazione alla salute* [5510], *Screening* [6520], *Gestione delle vaccinazioni* [6530], *Facilitazione dell'apprendimento* [5520], *Gestione della nutrizione* [1100], *Gestione del peso corporeo* [1260], *Promozione della salute del cavo orale* [1720], *Educazione dei genitori: adolescente* [5562], *Educazione dei genitori: famiglia che allena un bambino* [5566], *Educazione dei genitori: bambino nel primo anno di vita* [5568], *Identificazione dei rischi* [6610], *Assistenza nella cessazione dell'abitudine al fumo* [4490], *Prevenzione dell'uso di sostanze* [4500] e *Facilitazione dell'autoresponsabilità* [4480]. *Prescrizione di farmaci* [2390] è un intervento usato da molti infermieri esperti che forniscono assistenza primaria (in Italia, attualmente, la prescrizione di farmaci è di esclusiva competenza medica e non è prevista per l'infermiere, *N.d.C.*).

4. La classificazione NIC prevede terapie alternative? Presupponiamo che questa domanda si riferisca a quei trattamenti che non fanno parte della pratica medica ufficiale dei paesi occidentali. Gli interventi NIC che possono essere definiti terapie alternative includono *Aromaterapia* [1330], *Training autogeno* [5840], *Biofeedback* [5860], *Tocco che guarisce* [1390], *Ipnosi* [5920], *Facilitazione della meditazione* [5960], *Visualizzazione guidata* [6000], *Reiki* [1520], *Terapia di rilassamento* [6040] e *Tocco terapeutico* [6465]. Molti di questi interventi sono inseriti nella classe *Promozione del benessere psicologico* [codice T].

Altre terapie alternative saranno aggiunte alla classificazione NIC non appena diventeranno parte della pratica infermieristica clinica.

5. La classificazione NIC comprende interventi di tipo manageriale? La classificazione NIC include interventi di assistenza indiretta forniti da infermieri clinici a diretto contatto con la persona assistita o da infermieri specializzati, ma fondamentalmente non include interventi di natura manageriale.

TERZA PARTE



Interventi NIC

Sostegno nella protezione dagli abusi (6400)

Dominio: Sicurezza (4) **Classe:** Gestione dei rischi (V)
1ª edizione 1992; revisione 2000, 2004

Definizione: identificazione delle relazioni di dipendenza ad alto rischio e promozione di azioni per prevenire ulteriori danni fisici o emotivi.

ATTIVITÀ:

- Identificare gli adulti con una storia di infanzia infelice associata ad abuso, rifiuto o critiche eccessive oppure alla sensazione di non essere considerati né amati in quanto bambini.
- Identificare gli adulti che hanno difficoltà a stabilire un rapporto di fiducia con gli altri o che hanno la sensazione di essere malvisti dagli altri.
- Accertare se la persona ritiene che chiedere aiuto sia un'indicazione di incompetenza da parte sua.
- Identificare il livello di isolamento sociale presente nella situazione familiare.
- Stabilire se la famiglia ha bisogno periodicamente di essere sollevata dalle responsabilità dell'assistenza.
- Determinare se l'adulto a rischio ha amici intimi o familiari che siano disposti ad aiutare nell'assistenza dei bambini quando ciò sia necessario.
- Cercare di determinare quali rapporti vi sono tra marito e moglie.
- Determinare se gli adulti sono in grado di subentrare l'uno all'altro quando uno di essi è troppo teso, stanco o in collera per potersi occupare di un membro dipendente della famiglia.
- Determinare se un bambino o un adulto dipendente viene considerato in modo diverso dagli adulti a seconda del sesso, dell'aspetto o del comportamento.
- Identificare le situazioni di crisi che possono provocare abusi, quali povertà, disoccupazione, divorzio o la morte di una persona cara.
- Monitorare per rilevare segni/sintomi di negligenza nelle famiglie ad alto rischio.
- Osservare un bambino/un adulto dipendente malato o con lesioni per rilevare possibili segni di abuso.
- Ascoltare la spiegazione di come si è verificata la malattia o la lesione.
- Individuare i casi in cui la spiegazione della causa della lesione fornita dalle persone coinvolte è incoerente.
- Incoraggiare il ricovero del bambino/adulto dipendente per ulteriore osservazione ed esami, se appropriato.
- Registrare data, ora e durata delle visite durante il periodo del ricovero.
- Monitorare le interazioni tra genitori e bambino registrando le relative osservazioni, se appropriato.
- Monitorare per rilevare eventuali reazioni eccessive o troppo blande da parte dell'adulto.
- Monitorare per rilevare una eventuale estrema compliance da parte del bambino/adulto dipendente, come il sottomettersi passivamente alle procedure ospedaliere.
- Monitorare per rilevare una eventuale inversione di ruolo nel bambino, come consolare i genitori o avere un comportamento iperattivo o aggressivo.
- Ascoltare con attenzione la persona adulta che comincia a parlare dei suoi problemi.
- Prestare ascolto alle sensazioni delle donne in stato interessante per ciò che concerne la gravidanza e quanto si aspettano dal bambino che nascerà.
- Monitorare le reazioni rispetto al neonato della coppia che ha appena avuto un bambino, osservandone la possibile avversione o paura oppure aspettative poco realistiche.
- Monitorare per rilevare se un genitore si mantiene a distanza (un braccio) dal neonato o lo tiene in modo maldestro o richiede un'assistenza eccessiva.
- Monitorare per rilevare un eventuale ripetuto ricorso a un ambulatorio, al pronto soccorso oppure a uno studio medico per problemi di poca importanza.
- Monitorare per rilevare un eventuale deterioramento progressivo dell'assistenza fisica o emozionale assicurata nell'ambito della famiglia a un bambino/adulto dipendente.
- Monitorare per rilevare nel bambino eventuali segni di deficit dello sviluppo, depressione, apatia, ritardo dello sviluppo o malnutrizione.
- Determinare che cosa si aspetta l'adulto dal bambino per giudicare se i comportamenti attesi sono realistici.
- Informare i genitori sulle aspettative realistiche riguardo al bambino che si basano sul livello dello sviluppo.
- Stabilire un rapporto con le famiglie che hanno una storia di abusi per una valutazione e un sostegno a lungo termine.
- Aiutare le famiglie a individuare le strategie di coping per le situazioni stressanti.
- Educare gli adulti della famiglia sui possibili segni di abuso.

- Dare indicazioni agli adulti a rischio su come cercare e contattare degli specialisti.
- Informare il medico dei dati raccolti con l'osservazione che potrebbero indicare che vi è stato un abuso.
- Riferire alle autorità competenti qualsiasi situazione in cui si sospetta vi sia stato un abuso, attenendosi alle norme e ai regolamenti vigenti.
- Dare indicazioni agli adulti su idonei servizi sociali del territorio (per esempio, alloggi per mogli vittime di abusi), quando è il caso.
- Dare indicazioni ai genitori su associazioni che forniscono aiuto, per esempio, sostegno di gruppo, quando è il caso.
- Incoraggiare l'assistito a rivolgersi alle forze dell'ordine qualora la sua sicurezza fisica sia in pericolo.

- Informare l'assistito sulla legislazione e sui servizi che hanno a che fare con gli abusi.

Letture di approfondimento:

- Bohn, D. K. (1990). Domestic violence and pregnancy: Implications for practice. *Journal of Nurse-Midwifery*, 35(2), 86-98.
- Boyd, M. R. (2005). Caring for abused persons. In M. A. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (3rd ed., pp. 823-856). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lancaster, J. & Kerschner, D. (1992). Violence and human abuse. In M. Stanhope, & J. Lancaster (Eds.), *Community health in nursing* (3rd ed., pp. 411-427). St. Louis: Mosby.
- Roberts, C. & Quillan, J. (1992). Preventing violence through primary care intervention. *Nurse Practitioner*, 17(8), 62-70.
- Vickrey, P. G. (2001). Protecting the older adult. *Nursing Management*, 30(7), 34-38.

Sostegno nella protezione dagli abusi: bambino (6402)

Dominio: Sicurezza (4) **Classe:** Gestione dei rischi (V)

Dominio: Famiglia (5) **Classe:** Assistenza nella crescita di un bambino (Z)

1ª edizione 1996; revisione 2000, 2013

Definizione: identificazione delle relazioni di dipendenza del bambino che sono ad alto rischio e promozione di azioni per prevenire possibili o ulteriori danni fisici, sessuali o emotivi o che vengano trascurate le sue necessità vitali di base.

ATTIVITÀ:

- Identificare le madri che hanno una storia di assistenza prenatale assente o iniziata dai quattro mesi in poi.
- Identificare i genitori ai quali sia stato allontanato da casa un figlio o che per periodi prolungati abbiano affidato precedenti figli ai parenti.
- Identificare i genitori con una storia clinica di abuso di sostanze, di depressione o di grave malattia psichiatrica.
- Identificare i genitori che mostrano una necessità crescente di supporto educativo (per esempio, genitori con problemi di apprendimento, genitori che esprimono un senso di inadeguatezza, genitori primari, genitori adolescenti).
- Identificare i genitori con una storia di violenza domestica o una madre che abbia una storia di numerose lesioni "accidentali".
- Identificare gli adulti con una storia di infanzia associata ad abuso, rifiuto, critiche eccessive oppure alla sensazione di non essere considerati né amati.
- Identificare le situazioni di crisi che potrebbero provocare abusi (per esempio, povertà, disoccupazione, divorzio, mancanza di un alloggio, violenza domestica).
- Determinare se la famiglia ha una rete di supporto sociale, in grado di aiutarla in caso di problemi

familiari, di gestione temporanea del bambino o di assistenza ai bambini in situazioni difficili.

- Identificare i neonati e i bambini che hanno un elevato bisogno di assistenza (per esempio, prematurità, basso peso alla nascita, coliche, intolleranze alimentari, importanti problemi di salute nel primo anno di vita, disabilità evolutive, iperattività e disordini da deficit dell'attenzione).
- Identificare le spiegazioni delle lesioni del bambino fornite dal caretaker che sono improbabili o incoerenti, che alludono a lesioni che il bambino si sarebbe procurato da sé, danno la colpa ad altri bambini o mostrano che vi è stato un ritardo nella richiesta di assistenza.
- Rilevare sul bambino la presenza di eventuali segni di abuso fisico (per esempio, lesioni multiple, lividi e piaghe inspiegabili, bruciature, fratture, lacerazioni e abrasioni del viso da causa ignota, segni di morsi umani, colpo di frusta, sindrome da scuotimento del bambino).
- Rilevare sul bambino la presenza di eventuali segni/sintomi di incuria (per esempio, crescita inadeguata, deperimento del tessuto sottocutaneo, fame continua, igiene inadeguata, astenia e svogliatezza, affezioni affini, apatia, postura del corpo rigida, abiti inadeguati alle condizioni climatiche).
- Rilevare sul bambino la presenza di eventuali segni di abuso sessuale (per esempio, difficoltà a

A

- camminare o a sedersi; biancheria intima strapata, macchiata o insanguinata; ecchimosi, eritemi o tumefazioni a livello genitale; lacerazioni vaginali o anali; infezioni ricorrenti del tratto urinario; ipotonia dello sfintere anale; malattie a trasmissione sessuale; gravidanza; comportamento promiscuo o prostituzione; precedenti di fuga).
- Rilevare sul bambino la presenza di eventuali segni di abuso emozionale (per esempio, ritardato sviluppo fisico, abitudini disordinate, difficoltà nell'apprendimento, tratti nevrotici o reazioni psiconevrotiche, comportamenti estremi, ritardo nello sviluppo cognitivo, tentativi di suicidio).
 - Incoraggiare il ricovero del bambino per ulteriore osservazione e controlli, se necessario.
 - Registrare la data, l'ora e la durata delle visite durante il periodo del ricovero.
 - Monitorare le interazioni genitori-bambino e registrare le relative osservazioni.
 - Determinare se i sintomi acuti diminuiscono quando il bambino è lontano dalla famiglia.
 - Determinare se i genitori hanno delle aspettative non realistiche per quanto riguarda il comportamento del figlio o se considerano il comportamento del figlio in maniera negativa.
 - Monitorare il bambino per rilevare condizione di sottomissione (per esempio accettare passivamente le procedure invasive).
 - Monitorare il bambino per rilevare una eventuale inversione di ruolo (per esempio consolare i genitori, manifestare un comportamento iperattivo o aggressivo).
 - Prestare ascolto alle sensazioni riferite dalle donne in stato interessante per ciò che concerne la gravidanza e quanto si aspettano dal nascituro.
 - Monitorare le reazioni dei genitori, rilevando l'eventuale avversione, delusione o paura rispetto al sesso del neonato.
 - Monitorare i genitori per rilevare se si mantengono a distanza dal neonato, se sono maldestri, se richiedono un'assistenza eccessiva o se mostrano o riferiscono di essere a disagio nell'accudirlo.
 - Monitorare i genitori per rilevare se ricorrono ripetutamente alle strutture sanitarie (ambulatorio, pronto soccorso, studio medico) per problemi di poca importanza del neonato o del bambino.
 - Mettere a punto un sistema per contraddistinguere la documentazione dei bambini che si sospetta siano vittime di abusi o di negligenza.
 - Monitorare per rilevare un eventuale progressivo peggioramento delle condizioni fisiche ed emotive del neonato o del bambino.
 - Determinare il grado di conoscenza che i genitori possiedono dei bisogni di base del neonato/bambino ed eventualmente fornire un'appropriata informazione.
 - Educare i genitori sulla risoluzione dei problemi, la presa di decisioni, l'allevamento del bambino e lo svolgimento del loro ruolo, oppure indirizzarli a programmi in cui potranno apprendere tali abilità.
 - Aiutare le famiglie a individuare le strategie di coping necessarie ad affrontare le situazioni di stress.
 - Fornire ai genitori le informazioni relative ai comportamenti da adottare nei casi in cui il bambino non cessa di piangere, sottolineando la necessità di non cullarlo.
 - Fornire ai genitori la conoscenza dei metodi di punizione non corporali per educare i bambini alla disciplina.
 - Fornire alle donne in stato di gravidanza e ai familiari le informazioni relative agli effetti del fumo, dell'alimentazione inadeguata e dell'abuso di sostanze sulla salute del bambino e della madre.
 - Impegnare genitori e bambino in esercizi di costruzione dell'attaccamento.
 - Fornire ai genitori e ai loro figli adolescenti le informazioni necessarie sulla presa di decisioni e sulle abilità di comunicazione eventualmente indirizzandoli ai servizi di consulenza giovanile.
 - Fornire ai bambini più grandi le informazioni pratiche rispetto a come accudire i fratelli più piccoli nei bisogni di base.
 - Garantire ai bambini affermazioni positive circa il loro valore, una cura volta alla loro educazione, una comunicazione terapeutica e stimoli allo sviluppo.
 - Rassicurare i bambini che hanno subito abusi sessuali che non è stata colpa loro e permettergli di esprimere le proprie preoccupazioni con una ludoterapia appropriata all'età.
 - Segnalare le donne in gravidanza a rischio e i neonati al servizio di assistenza infermieristica del territorio per le visite del caso.
 - Segnalare le famiglie a rischio al servizio di assistenza infermieristica del territorio per garantire che l'ambiente domestico sia monitorato, che sia valutata la condizione dei bambini e che le famiglie ricevano assistenza con la necessaria continuità.
 - Indirizzare le famiglie ai servizi sociali e alla consulenza professionale, se necessario e possibile.
 - Informare i genitori sulle risorse della comunità (per esempio, indirizzi e i numeri telefonici di organizzazioni che forniscono assistenza temporanea per dare sollievo al caregiver; assistenza di emergenza ai bambini; assistenza relativa all'alloggio; trattamento in caso di abuso di sostanze; servizi di counseling; mense e pasti a domicilio, distribuzione di vestiario, assistenza sanitaria, assistenza sociale, telefono aperto, alloggi per vittime di violenza domestica).
 - Informare il medico dei dati che potrebbero indicare una situazione di abuso o di negligenza.