

Presentazione dell'edizione italiana

Il cambiamento nasce dalla consapevolezza.

*La ghianda sta nel buio della terra
e sogna, lotta, vuole, desidera
con tutta la sua energia esistenziale
diventare una quercia.*

Visibilità è fiorire nella bellezza.

Ma COME SI FA?

È la *domanda* più frequente che mi sono posta e che mi è stata posta in questi anni da colleghi infermieri in molteplici occasioni di formazione, assistenza clinica, e ri-organizzazione aziendale.

È la domanda del professionista infermiere che dopo aver approfondito in modo consapevole il:

- *chi è* – il ruolo di essere infermiere;
- *cosa sa* – il sapore di sapere la disciplina infermieristica;
- *cosa sa fare* – l'applicazione dal proprio essere infermiere nella clinica infermieristica;

diventa profondamente radicato nel suo mandato e nella sua responsabilità di essere il professionista clinico presente, accanto alla vita che scorre con i suoi bisogni/problemi di salute.

Ma COME SI FA?

Si può fare è la *risposta*.

E questo testo è la testimonianza che si può fare.

Dopo i primi 4 capitoli introduttivi fondamentali per cogliere in tutta la sua ricchezza la *metodologia del fare*, dal capitolo 5 al capitolo 8, scorre tra le mani e sotto gli occhi dello studente, dell'infermiere professionista, specialista, coordinatore, docente, dirigente (legge 43/2006) il COME SI FA, in 56 casi clinici, con l'uso delle tassonomie NANDA-I, NOC e NIC (NNN).

Ma COME SI FA?

Ogni caso clinico inizia con la narrazione di una storia, prosegue con l'introduzione del pensiero critico e poi, utilizzando molteplici *modelli teorici infermieristici*, a seconda dei bisogni della persona assistita, individua le principali diagnosi NANDA-I, con i pertinenti NOC e NIC e la relativa valutazione.

Ogni caso clinico segue una procedura semplice, lineare, precisa, illuminante:

- un titolo;
- una narrazione (accertamento con sintomi e segni);
- un simbolo  ;
- una frase **FERMATI E PENSA**. Quali diagnosi, risultati e interventi selezioneresti?;
- una **Analisi dell'autore e uso di NANDA-I, NOC e NIC**;
- una valutazione;
- una bibliografia finale.

Ma COME SI FA?

Per dire *come si fa* è fondamentale la distinzione tra "attività" e "azione":

- **l'attività – FARE – FACERE**, ovvero l'espressione della potenza della tecno-scienza, del compito, della *quantità delle attività* da eseguire magari in un determinato tempo prestabilito (*top down*).
L'attività, intesa in questo senso, è "patologica": essere sempre pieni di attività, essere sempre occupati a far qualcosa, è il solo modo in cui si riesce a dimenticarsi di sé e a diventare invisibili.
Nella nostra storia infermieristica italiana c'è stato un tempo (c'è ancora?) in cui l'adozione di un modello per compiti permetteva di contabilizzare la quantità delle attività svolte: e tanto più produci risultati quantitativi, tanto più sei un infermiere che "vale", sei bravo e, in base a quante attività fai, sei pure competitivo, senza chiederti se i prodotti (*output*) sono anche dei risultati (*outcome*) di salute per gli assistiti.
Cosa sai, come infermiere, se il tuo fare, fare, fare, permette all'assistito di raggiungere non i "tuoi" ma i "suoi" risultati di salute?



FERMATI E PENSA. Quali diagnosi, risultati e interventi selezioneresti?

- **l'azione – AGIRE – AGERE**, ossia un agire riflessivo che è consapevolezza e che è conoscenza libera da ignoranza, da pre-giudizi e da secondi fini in cui il valore è dato dalla *qualità delle azioni* da erogare in un determinato tempo concordato tra utente, organizzazione e professionista (*bottom up*).
L'azione è una risposta a una situazione.

Quando è necessario, si agisce, quando non è necessario, ci si rilassa. Invece di continuare a fare senza necessità, l'infermiere di azione agisce totalmente, con energia intera quando la situazione lo richiede e quando la situazione non lo richiede il suo *ad-sistere*, il suo accompagnare silenziosamente finisce.

Nella nostra storia infermieristica italiana c'è un tempo, ed è questo ed è QUI e ORA, in cui adottando un modello di assistenza personalizzata (*primary nursing, case manager, chronic care model, percorsi clinici assistenziali* ecc.), questo modello permette di erogare delle prestazioni e la qualità delle azioni fa sì che tanto più produci risultati qualitativi tanto più sei un infermiere che "si rende responsabilmente visibile" e sei competitivo nella misura in cui ti



FERMI E PENSI. Quali diagnosi, risultati e interventi scelgo di selezionare con l'assistito?

e ti chiedi quali prodotti (*output*) sono dei risultati idonei ed effettivi (*outcome*) di salute per gli assistiti.

L'infermieristica può essere una azione o una attività.

Cosa permette realmente all'assistito di raggiungere i "suoi" risultati di salute, di fiorire nella sua bellezza, avendo accanto me professionista infermiere consapevole di pormi in un rapporto fiduciario, di relazione terapeutica di aiuto con le persone assistite (individuo, famiglia, gruppo, comunità) rispetto al bisogno/problema di salute?

L'assistenza infermieristica è

- fare spazio;
- fare ascolto;
- fare accoglienza;
- fare accettazione;

per la narrazione del Tu in accompagnamento percettivo e silenzioso senza giudizio.

Si percepisce, si ascolta con il cuore, sede dell'intelligenza, e poi si mettono in azione non solo le conoscenze teoriche, le capacità operative, le competenze di ruolo.

Si mette in funzione la percezione, il sentire profondo, la consapevolezza, l'agire, ovvero le ricchezze di una donna, di un uomo, di una persona che assume per molte ore al giorno il ruolo di infermiere clinico. Ovvero di colui che accoglie, ascolta, sente, senza giudicare, l'energia della vita di un altro essere vivente.

Ecco perché ogni azione infermieristica inizia sempre con l'ascolto di una narrazione, ovvero da un accertamento (iniziale, mirato, continuo).

Ma perché una persona con bisogni/problemi di salute narri, c'è bisogno che qualcuno, che un in-fermi-ere (ovvero colui che sta accanto all'*in-firmus* che è nella fermitudine) si faccia spazio concavo, vuoto, per accogliere, per con-

tenere il racconto (in sintomi e segni, in parole e in silenzi, in corpo-parola che è e quindi dice e fa).

Senza spazio di accoglienza, senza ascolto non c'è assistenza, *l'ad-sistere*.

Ovvero l'essere presente dell'infermiere, l'accanto a, in piedi, vigile, attento, percettivo, silenzioso, in azione.

È la consapevolezza di una presenza "vuota" che si fa spazio che permette la narrazione, la relazione terapeutica di aiuto.

L'accogliere, l'ascoltare, il fare spazio senza giudicare dell'infermiere rende possibile la risposta di *self-care* di ogni persona assistita (nelle diverse dimensioni di singolo, famiglia, gruppo, collettività).

Rende possibile il suo *ri-uscire* dalla propria fermitudine e, attraverso il cambiamento, la catarsi, l'incanalare la propria energia vitale nel movimento, ovvero nel cammino centrato e radicato in un continuum dal "*problema*" di salute al proprio "*modello individuale, personale, positivo, funzionale di salute*".

Ma COME SI FA?

Si può fare, serve desiderarlo, serve crederci, serve mettere in atto quotidianamente, in modo naturale, non forzato, la legislazione infermieristica vigente dal DM 739/94 alla legge 251/2000, alla legge 43/2006 ecc. con l'adozione congiunta di:

1. **modello teorico assistenziale infermieristico** come guida concettuale del pensare e dell'agire infermieristico (nei casi clinici del testo vengono usati molteplici modelli teorici infermieristici a seconda della narrazione e dei bisogni dell'assistito);
2. **modello organizzativo di assistenza personalizzata**, in cui il processo assistenziale infermieristico si dispieghi in tutte le sue 6 fasi (accertamento, diagnosi, pianificazione risultati, pianificazione interventi, gestione delle prestazioni, verifica/valutazione) come metodo portante lineare, sistematico, quotidiano;
3. **sistemi tassonomici quale NNN (NANDA-I, NOC, NIC)** all'interno del dossier sanitario, per la parte di competenza infermieristica, quale strumento di documentazione di responsabilità del proprio scegliere e agire infermieristico in favore e con l'assistito.

Si fa, con naturalezza, visibilmente, perché questo è essere professionista infermiere oggi. Se, come afferma Suzanne Gordon, l'infermiere attribuisce a se stesso *VISIBILITÀ* cioè

- Ri-spetto;
- Ri-conoscimento;
- Ri-compensa;
- Ri-sorse;

ciò avviene nel suo essere, nel suo conoscere, nel suo *agere*.

È la presenza clinica che dice ciò che si fa, accettando di portare fatti, dati, outcome di salute.

Ma COME SI FA?

Tra il dire e il fare non c'è di mezzo il mare.

Tra il dire e il fare c'è di mezzo solo l'*incominciare*, il credere e il restare nel tempo.

Dott.ssa Luisa Anna Rigon
infermiere*

*Diploma di Infermiere Professionale, Diploma di Assistente Sanitario, Diploma Universitario di Infermiere Insegnante Dirigente, Diploma di Laurea in Infermieristica, Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche.
Fondatore, Presidente e Formatore di Formazione in Agorà – Scuola di Formazione alla Salute.

Nota terminologica

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

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

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

Tutti i volumi relativi all'ambito infermieristico pubblicati da CEA utilizzano questa terminologia ufficiale, in continua evoluzione, al fine di costituire un catalogo infermieristico dal linguaggio coerente, che favorisca anche la ricerca e il confronto in seno alla comunità professionale del nostro paese.

La conformità dei diversi volumi alla terminologia illustrata viene evidenziata attraverso l’inserimento dei loghi di “Traduzione verificata NANDA” e “Traduzione verificata NOC e NIC”; i nomi di coloro che hanno partecipato alla validazione della terminologia sono riportati sui volumi ufficiali relativi alle tassonomie NANDA-I, NOC e NIC.



Prefazione

Questa è la seconda edizione di *Il pensiero critico nell'assistenza infermieristica: casi clinici con NANDA-I, NOC e NIC*, che è stato pubblicato per la prima volta da NANDA-I nel 2001.

Questa edizione si differenzia dalla prima perché oltre al processo diagnostico presenta anche l'intero processo di assistenza infermieristica, dall'accertamento alla valutazione.

In tutti i casi studio sono stati usati i tre linguaggi infermieristici:

1. NANDA International (NANDA-I, *Diagnosi infermieristiche – Definizioni e classificazione 2009-2011*, 2009);
2. NOC – Classificazione dei risultati infermieristici (Moorhead, Johnson, Mass e Swanson, NOC, 2008);
3. NIC – Classificazione degli interventi infermieristici (Bulechek, Butcher e Dochterman, NIC, 2008).

Un'altra differenza rispetto alla prima edizione è che le analisi degli autori dei singoli casi studio sono presentate immediatamente dopo la descrizione del caso e non in un capitolo a parte.

Questo per far sì che gli infermieri imparino in modo immediato e semplice l'applicazione di questi tre linguaggi.

Ogni caso studio è stato rivisto in funzione della coerenza nell'uso dei linguaggi.

Questo libro è stato scritto per gli infermieri e per gli studenti infermieri affinché sviluppino o migliorino i loro processi di pensiero al fine di conseguire positivi risultati di salute.

Le fasi del processo di assistenza infermieristica, comprensive delle diagnosi infermieristiche, dei risultati di salute e degli interventi infermieristici servono come base per la discussione del lavoro degli infermieri, che mira ad aiutare le persone a raggiungere risultati di salute positivi.

Il **focus** di questo libro è l'applicazione del pensiero critico nella formulazione di diagnosi accurate delle risposte umane e nel selezionare i risultati e gli interventi più appropriati per raggiungere risultati positivi nell'assistenza alla persona.

L'accuratezza delle diagnosi infermieristiche è considerata cruciale per il successo dell'assistenza erogata. Senza diagnosi accurate gli infermieri selezionerebbero risultati e interventi inappropriati.

Quando l'intento di accuratezza e le strategie per conseguire l'accuratezza sono incluse nel processo diagnostico, gli infermieri si trasformano in diagnostici e ciò include la responsabilità di selezionare risultati e interventi.

Quando gli infermieri comprendono come pensare criticamente e sono in grado di tener conto del proprio pensiero per raggiungere l'accuratezza, acquistano la capacità di trasporre i comportamenti di un diagnosta nella pratica clinica quotidiana.

Il testo è suddiviso in 2 parti e in alcune appendici

I quattro capitoli nella **Parte I** si focalizzano *sul perché* e *sul come* la conoscenza sia del pensiero critico sia del concetto di accuratezza nel selezionare diagnosi e decidere risultati e interventi, possono aiutare gli infermieri a erogare un'assistenza infermieristica di elevata qualità.

Il **Capitolo 1** descrive la teoria dell'intelligenza di Sternberg, al fine di comprendere l'utilizzo del pensiero critico nell'ambito della disciplina infermieristica. Il pensiero critico è infatti un aspetto fondante dell'assistenza infermieristica. Una definizione di pensiero critico, sviluppata attraverso la ricerca infermieristica, è discussa nel Capitolo 1 e serve come guida al "*pensare in modo critico da infermieri*".

Anche se il pensiero infermieristico costituisce il filo conduttore di questo libro, è importante ricordare che anche gli assistiti pensano alle loro risposte ai problemi di salute e ai processi di vita. Le persone sanno quali esperienze stanno vivendo e perché alcuni interventi possono essere necessari. Questo libro è basato sulla premessa che il processo di assistenza infermieristica si basa sull'interazione e collaborazione con i destinatari dell'assistenza.

Il termine "destinatario" è usato per indicare la natura di mutua collaborazione del processo diagnostico infermieristico tra "utente" e infermiere. I destinatari sono "gli esperti" rispetto alle proprie esperienze. Gli infermieri di fatto costituiscono per i destinatari "le risorse" utili a dare un nome alle esperienze che stanno vivendo, diventando "strumento" per scegliere insieme i risultati previsti e gli interventi infermieristici più idonei a risolvere il problema di salute dell'assistito.

Il **Capitolo 2** spiega il ragionamento diagnostico e il concetto di accuratezza delle diagnosi infermieristiche. Il significato di accuratezza e dei fattori che influiscono sull'accuratezza forniscono il fondamento per capire l'uso del pensiero critico nei processi diagnostici.

Il **Capitolo 3** presenta i 10 principi per l'uso corretto delle diagnosi NANDA-I e spiega come usare le classificazioni NOC e NIC.

Il **Capitolo 4** fornisce esempi per applicare i contenuti del Capitolo 3.

La **Parte II** (Capitoli dal n. 5 al n. 8) consiste nell'analisi di **56 casi studio**, alcuni dei quali sono stati ripresi dalla prima edizione di questo libro.

Gli autori di tutti i casi sono infermieri che lavorano in ambito clinico i quali si sono ispirati a utenti reali dell'assistenza infermieristica. Tutti i dati personali sono stati modificati per proteggere la privacy degli assistiti.

Per qualche caso studio, nella realtà, al momento effettivo dell'erogazione dell'assistenza infermieristica le classificazioni NANDA-I, NOC e NIC non sono state usate, ma qui, nel libro, sono usate per illustrare la loro utilità nel guidare e documentare l'assistenza infermieristica.

Questi casi studio forniscono agli infermieri e agli studenti infermieri l'opportunità di applicare il pensiero critico quando usano i linguaggi infermieristici standardizzati per aiutare le persone a raggiungere i loro risultati positivi di salute positivi.

I lettori possono confrontare il proprio pensiero con quello degli infermieri che in qualità di autori hanno materialmente scritto i casi studio. Le analisi degli autori spiegano il pensiero che essi hanno applicato nell'affrontare i singoli casi clinici.

I casi studio e le relative analisi forniscono fertili risorse per apprendere la complessità insita nel processo di diagnosi delle risposte umane e nella selezione dei risultati e degli interventi.

La storia e le tradizioni dell'assistenza infermieristica solo recentemente hanno considerato l'infermiere come diagnosta.

Ad oggi deve essere fatto ancora molto lavoro prima che, di routine, nell'assistenza infermieristica quotidiana, gli infermieri riconoscano, descrivano e implementino le responsabilità connesse al ragionamento diagnostico, all'identificazione di risultati realizzabili e alla relativa implementazione degli interventi infermieristici.

Essere un diagnosta significa essere consapevole del proprio ragionamento diagnostico ed esaminare i propri pensieri e le proprie percezioni presenti non solo nella fase diagnostica ma nell'intero processo assistenziale infermieristico.

Questo libro può essere usato come riferimento per lo sviluppo di queste capacità di pensiero.

Margaret Lunney, RN, PhD

Bibliografia

- Bulechek, G.M., Butcher, H.K. e Dochterman, J.M. (2008), *Nursing interventions classification (NIC)* (5ª ed.). St. Louis: Mosby. Trad it. edizione precedente (2007) *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*. Milano: CEA-Casa Editrice Ambrosiana.
- Lunney, M. (2001). *Critical thinking and nursing diagnosis: Case studies and analyses*. Philadelphia: NANDA.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, ML. e Swanson, E. (2008), *Nursing outcomes classification (NOC)* (4ª ed.). St. Louis: Mosby. Trad it. edizione precedente (2007) *Classificazione NOC dei risultati infermieristici*. Milano: CEA-Casa Editrice Ambrosiana.
- NANDA International. (2009), *Nursing diagnosis: Definitions and classification, 2009-2011*. Hoboken, NJ: Wiley Blackwell. Trad it. (2009) *Diagnosi infermieristiche: Definizioni e classificazione 2009-2011*. Milano: CEA-Casa Editrice Ambrosiana.

Come usare questo libro

I linguaggi infermieristici standardizzati NANDA-I International, NOC e NIC (NNN) sono usati in questo libro perché rappresentano la conoscenza basata sulla ricerca nell'ambito infermieristico. Questi o altri linguaggi infermieristici standardizzati sono necessari per la documentazione nei database elettronici correlati alla salute.

Imparare a usare gli NNN aiuta gli infermieri a utilizzare, quando è necessario, anche altri linguaggi infermieristici standardizzati.

Gli esempi di casi studio nella Parte II forniscono agli infermieri l'opportunità di sviluppare e "mettere in pratica" il pensiero critico in situazioni cliniche reali in cui sono coinvolti la persona singola o la famiglia.

I risultati di precedenti studi di ricerca sullo sviluppo del pensiero critico dimostrano che per coloro che vogliono integrare le proprie attuali capacità di pensiero con specifici tipi di conoscenze, come l'uso di NANDA-I, NOC e NIC, sono necessarie ripetute esperienze a livello di pratica clinica assistenziale (per ulteriori informazioni si vedano i siti web di NANDA-I e del Center for Nursing Classification che appaiono nella bibliografia dei siti web).

Per l'uso efficace di questo libro si leggano i primi quattro capitoli considerandoli una fonte di conoscenza su come pensare e agire da infermiere diagnosta.

I libri NNN (NANDA-I, 2009-2011; Moorhead, Johnson, Mass e Swanson, NOC, 2008; Bulechek, Butcher e Dochterman, NIC, 2008) possono costituire utili riferimenti, ma all'inizio il focus deve essere posto sull'identificazione dei concetti o delle idee principali che sono alla base dell'uso di questi linguaggi, non necessariamente sull'esatta terminologia NANDA-I, NOC e NIC.

Per i lettori uno degli scopi di questo libro è fare pratica usando i vari tipi di pensiero che sono definiti nel Capitolo 1, per esempio, analizzare, ragionare in modo logico e sviluppare le correlate abitudini di pensiero. Di solito le persone entrano nel campo dell'assistenza infermieristica con le capacità di pensiero di base necessarie per operare bene come infermiere, ma la ricerca dimostra che gli adulti, in qualsiasi campo professionale, incluso quello infermieristico, presentano ampie variazioni nella capacità del pensiero. I risultati della ricerca dimostrano che l'esperienza clinica ripetuta è necessaria per costruire le competenze di pensiero da applicare in casi specifici di problem solving. Questi casi studio, quando usati per questo scopo, aiuteranno i lettori a sviluppare i processi di pensiero necessari per diagnosticare e trattare casi analoghi a quelli descritti nel libro. Sfortunatamente, il libro non può aiutare i lettori a svilup-

pare le capacità di comunicazione necessarie per lavorare in collaborazione con gli assistiti.

Gli autori dei casi studio, comunque, forniscono dei modelli di ruolo per il processo di relazione di aiuto infermiere-utente.

Per ogni caso studio ti suggerisco di:

1. Elencare tante diagnosi infermieristiche quante tu ne consideri attinenti al caso studio.
2. Scegliere quali delle diagnosi identificate devono essere scartate in base ai principi di formulazione delle diagnosi nell'assistenza infermieristica.
3. Indicare quale(i) delle diagnosi rimanenti, con più probabilità porterà(anno) a un cambiamento positivo nello stato di salute usando gli interventi infermieristici? L'assistito condivide diagnosi da te scelta e i relativi risultati e interventi infermieristici?
4. Considerare i risultati e gli interventi più probabili per le diagnosi selezionate.
Provare a riflettere se l'assistito, la sua famiglia e gli altri infermieri sarebbero d'accordo con te sul fatto che, in questa situazione, i risultati e gli interventi da te scelti come più appropriati, lo sono anche per loro .
5. Validare il tuo pensiero leggendo la discussione dell'autore su come NANDA-I, NIC e NOC sono stati usati, e prova a considerare i seguenti punti:
 - a) nel caso studio, quali sono le indicazioni fornite dall'autore sull'uso di specifiche capacità cognitive e abitudini mentali?
 - b) quali capacità cognitive e abitudini mentali hai usato per diagnosticare accuratamente il caso?
 - c) quali tipi di standard sono stati applicati dall'(dagli) infermiere(i)? Quali standard aggiuntivi potrebbero essere applicati?

Strategie di pensiero critico per conseguire positivi risultati di salute

PARTE

I

Uso del pensiero critico per raggiungere positivi risultati di salute

Margaret Lunney, RN, PhD



Obiettivi del capitolo

Al termine del capitolo i lettori saranno in grado di:

1. Descrivere l'importanza di un'assistenza infermieristica di qualità.
2. Spiegare la relazione tra intelligenza e pensiero critico e l'assistenza infermieristica basata sulla qualità.
3. Descrivere la necessità di casi studio per favorire lo sviluppo del pensiero critico per un'assistenza infermieristica qualitativa.

Il più importante indicatore della qualità dell'assistenza sanitaria, inclusa l'assistenza infermieristica, è il risultato di salute degli assistiti (Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine [IOM], 2001, 2004).

L'identificazione dei risultati di salute dell'assistito è una priorità e permette di descrivere, spiegare e prevedere l'efficacia degli interventi del professionista sanitario. Tre assunzioni correlate al focus sui risultati di salute sono:

- (1) l'efficacia degli interventi varia tra i professionisti della salute,
- (2) lo sviluppo della conoscenza dell'efficacia degli interventi è responsabilità dei professionisti sanitari e
- (3) quando l'efficacia è compromessa, le persone stanno "meglio" senza la presenza di professionisti.

I professionisti della salute possono fornire un'assistenza basata sulla qualità solo quando hanno sufficienti intelligenza e competenze di pensiero critico da usare la conoscenza esistente al fine di fornire servizi di assistenza sanitaria.

La conoscenza è necessaria, ma non è sufficiente, per fornire servizi di assistenza sanitaria appropriati; è fondamentale anche la capacità di pensare alla conoscenza e di usarla in modo efficace. Gli scopi di questo capitolo sono:

- (a) riesaminare l'importanza di un'assistenza infermieristica basata sulla qualità, come dimostrato nei processi e nei risultati dell'assistenza;
- (b) spiegare la relazione tra intelligenza e pensiero nell'erogazione di un'assistenza basata sulla qualità;

- (c) descrivere la necessità dei casi studio per sviluppare competenze di pensiero critico.

L'importanza di un'assistenza basata sulla qualità

La qualità dei servizi di assistenza sanitaria è divenuta il focus principale degli erogatori di assistenza sanitaria, delle organizzazioni professionali, delle agenzie di accreditamento e di altri fiduciari, come le agenzie governative, le fondazioni e le compagnie di assicurazioni (per esempio, Al-Assaf e Sheikh, 2004; Committee on Reviewing Evidence to Identify Highly Effective Clinical Services, IOM, 2008; Donabedian, 2002; Mechanic, 2008; Montalvo e Dunton, 2007).

Sulla sua pagina web, la Robert Wood Johnson Foundation (2008) riassume il problema dell'assistenza di qualità negli Stati Uniti con la seguente affermazione: *“Gli americani ricevono solo la metà dell'assistenza raccomandata che dovrebbero ricevere. Adottare strategie di miglioramento della qualità, ridurre le disparità razziali ed etniche nell'assistenza e cambiare il modo in cui l'assistenza viene erogata a livello locale può migliorare l'assistenza che ciascun americano riceve”*.

La ragione principale dell'attuale enfasi sulla qualità è che le scoperte scientifiche hanno dimostrato che la qualità varia ampiamente tra località, strutture di assistenza sanitaria e operatori (Committee on Quality of Health Care in America, IOM, 2001, 2004).

Quando la qualità dell'assistenza varia ampiamente, molti assistiti non ricevono servizi sanitari basati sulla qualità. Per esempio, i risultati di un recente studio americano sulla qualità dell'assistenza erogata in 73 strutture ospedaliere, che rappresentavano 1510 ospedali, hanno dimostrato la sostanziale variabilità della qualità del sistema sanitario nel trattamento della polmonite, della prevenzione delle infezioni chirurgiche, dell'infarto acuto del miocardio e dell'insufficienza cardiaca congestizia (Hines e Joshi, 2008).

Gli errori nella somministrazione dei farmaci costituiscono un esempio dei problemi legati alla qualità. Negli Stati Uniti “gli errori nella somministrazione dei farmaci danneggiano almeno 1,5 milioni di persone ogni anno” (Institute of Medicine, 2008).

L'attuale enfasi sui servizi basati sulla qualità è tesa a stabilire le responsabilità per la qualità dei servizi di assistenza erogati al pubblico e ad apportare significativi miglioramenti della qualità.

Gli infermieri hanno un ruolo significativo nel fornire assistenza di qualità (Aiken, 2005). Secondo la definizione di assistenza infermieristica di Henderson (1964), gli infermieri aiutano gli assistiti adottando comportamenti verso la salute che di routine vorrebbero fossero adottati per se stessi, quali, per esempio, mangiare, respirare, muoversi, procurarsi il cibo e assumere farmaci. Gli infermieri aiutano le persone nelle loro risposte ai problemi di salute e ai processi di vita (NANDA International, 2009).

Gli infermieri sono legalmente e professionalmente responsabili per qualsiasi intervento adottato a sostegno della salute dell'assistito, anche quando questi interventi sono stati prescritti dai medici (Aiken, 2005). Poiché gli infermieri costituiscono il gruppo più ampio tra i professionisti nell'assistenza sanitaria, qualsiasi sforzo degli infermieri per migliorare l'assistenza basata

sulla qualità probabilmente avrà ampie ricadute positive sull'assistenza sanitaria in generale.

La pratica basata sull'evidenza

È ampiamente dimostrato che la qualità nell'assistenza è favorita dall'adozione delle evidenze scientifiche più valide nelle decisioni di assistenza sanitaria (Committee on Reviewing Evidence to Identify Highly Effective Clinical Services, IOM, 2008; Melnyk e Fineout-Overholt, 2005).

In molti tipi di assistenza sanitaria esistono variazioni nella qualità perché non ci sono prove sufficienti a stabilire il consenso sul miglior modo di affrontare il problema, la condizione di rischio o le necessità di promozione della salute.

In altri tipi di assistenza sanitaria sono disponibili sufficienti prove di efficacia scientifica, ma i professionisti sanitari non le applicano.

Gli infermieri dirigenti e leader collaborano con i dirigenti e i leader di altre discipline per promuovere la pratica basata sull'evidenza scientifica, allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza.

Le strategie di analisi degli studi di ricerca per un possibile impiego sono insegnate agli infermieri nei programmi di laurea e di master e nelle strutture di assistenza sanitaria (American Association of Colleges of Nursing, 2006; Ireland, 2008; Leasure, Stirlen e Thompson, 2008).

Metodi per sviluppare algoritmi, linee guida, procedure, protocolli e percorsi clinici basati sull'evidenza sono inclusi nei programmi universitari dei corsi di laurea e master e implementati in ambito clinico.

L'influenza delle registrazioni elettroniche sanitarie nei confronti dell'assistenza basata sulla qualità

Le registrazioni elettroniche sanitarie (EHR, *Electronic Health Recording*) si stanno perfezionando ovunque nel mondo (Committee on Quality of Health Care in America, IOM, 2004; Olsson, Lymberts e Whitehouse, 2004) e probabilmente a esse saranno affidati tutti gli eventi correlati all'assistenza sanitaria.

Il vantaggio è che quando gli eventi di assistenza sanitaria sono registrati elettronicamente, i dati della cartella clinica di un singolo individuo possono essere accorpati ai dati di altre cartelle per misurare i risultati dell'assistenza erogata in specifiche località e da specifiche strutture e operatori. I dati dell'assistenza sanitaria possono essere confrontati da un luogo a un altro per determinare la qualità dell'assistenza erogata (Committee on Quality of Health Care in America, IOM, 2004).

Per decenni gli infermieri leader hanno atteso e si sono preparati per le EHR.

Per esempio, NANDA-I cominciò nel 1973, al primo meeting, a classificare i fenomeni infermieristici per la documentazione computerizzata (Gordon, 1982).

Questo meeting fu organizzato dalle Dott.sse Kristine Gebbie e Mary Anne Levine per identificare i fenomeni che dovrebbero rappresentare il focus dell'assistenza infermieristica.

Uso della teoria della Orem per l'assistenza a una donna con cancro terminale

Chie Ogasawara, RN, MEd, PhD e Saori Yoshioka, RN, MSN

La signora O.A. è una donna giapponese di 50 anni, che ha lavorato nel campo dell'assistenza sanitaria. Questo era il suo quarto ricovero in ospedale con cancro terminale al IV stadio avanzato al seno e con metastasi al fegato e al midollo osseo. Sei anni prima, nonostante avesse avvertito la presenza di un nodulo al seno Dx e gonfiore dei linfonodi ascellari Dx, non aveva ritenuto opportuno consultare un medico. Si è recata una prima volta dal medico quando ha avvertito un acuto dolore all'arto superiore. Da allora è stata ricoverata tre volte per chemioterapia, radioterapia e mastectomia destra. Questa volta è stata portata all'ospedale in barella a causa di un dolore acuto alla regione lombosacrale dovuto a una frattura da compressione della spina dorsale toracica. All'ammissione è stata costretta a letto e un accertamento ha indicato che aveva bisogno di assistenza totale.

La signora O.A. è stata in grado di descrivere i suoi dolori in molti modi, con frasi del tipo: **"Fa male come se fossi lacerata da un coltello"**, **"La spina dorsale è fragile, devo poggiare costantemente la schiena contro qualcosa"** e **"Quando svanisce l'effetto degli antidolorifici, tremo tutta"**. La signora O.A. ha spiegato chiaramente quali movimenti aggravavano i suoi dolori, per esempio: **"Nella posizione di Fowler, i fianchi scivolano e ciò aumenta il dolore"** e **"Dopo essermi mossa con la sedia a rotelle per tre volte, ho avvertito dolore attorno all'osso dell'anca"**. La signora O.A. ha affermato: **"Ho costantemente bisogno di un sostegno per la schiena"**, **"Se il tavolo è regolato, posso mangiare in posizione semi-Fowler"** e **"Quando mi muovo, mi appoggio sulla spalla e sull'anca"**. Per gestire il dolore e per soddisfare le richieste della signora O.A., sono stati prescritti agenti farmacologici, inclusa morfina solfato per via orale che alleviava il dolore. Anche la radioterapia effettuata sull'undicesima vertebra toracica ha aiutato ad alleviare il dolore. La signora O.A. ha compiuto gesti inappropriati come frantumare le compresse di morfina solfato per poi ingerirle con acqua.

Per mangiare, la signora O.A. aveva bisogno di assistenza sia per mettersi seduta a letto sia per sistemare il cibo. La signora O.A. indossava un pannolone. Aveva bisogno di assistenza per tutte le attività, eccetto per quelle correlate alla cura del proprio aspetto. La signora O.A. si sedeva e si alzava dalla sedia a rotelle con assistenza di qualcuno.

Riguardo al sostegno sociale, il suo punto di riferimento era una collega infermiera. La sua collega parlando di lei ha detto che era testarda, ostinata e impaurita.



FERMATI E PENSA. Quali diagnosi, risultati e interventi selezioneresti?

Analisi dell'autore e uso di NANDA-I, NOC e NIC

Il problema principale di cui si lamentava la signora O.A. era il dolore. Alcuni studi hanno dimostrato che il dolore cronico associato a distress rappresenta una diagnosi infermieristica frequente per le persone con cancro al seno all'ultimo stadio (Ogasawara et al., 2005).

L'infermiera ha utilizzato per la signora O.A. l'Approccio Integrato alla Gestione del Sintomo (IASM) (The University of California San Francisco School of Nursing Symptom Management Faculty Group, 1994), un modello di gestione del sintomo basato sulla teoria infermieristica della Orem* per accertare i sintomi del dolore della signora O.A. Il dolore della signora O.A. è stato accertato dal punto di vista della percezione dell'assistita, della valutazione dell'infermiera e della risposta al dolore. Quando si è applicata la teoria del deficit della cura di sé della Orem (Orem, 2001), sulla base della frattura da compressione della vertebra toracica e sulla base del dolore causato dalle metastasi cancerose alle vertebre, le capacità di cura di sé della signora O.A. erano limitate e sono stati osservati deficit della cura di sé. Con i molti segnali che indicavano deficit della cura di sé, le diagnosi scelte per la signora O.A. sono state: *deficit nella cura di sé (bagno/igiene personale)* e *deficit nella cura di sé (uso del gabinetto)* dovute alla presenza di dolore acuto e cronico.

Risultati NOC

Dal punto di vista dell'IASM, i risultati per la signora O.A., correlati alle suddette diagnosi, erano basati sul dolore, sulla capacità di cura di sé e sulla qualità della vita. I risultati NOC proposti per la signora O.A. sono stati *controllo dei sintomi, dolore: risposta psicologica* ed *effetti destabilizzanti del dolore*. Per *controllo dei sintomi* il punteggio globale iniziale era 2 (raramente dimostrato) e il punteggio di risultato è stato posto a 4 (spesso dimostrato). Per *dolore: risposta psicologica* il punteggio globale iniziale era 1 (grave) e il punteggio di risultato è stato fissato a 4 (leggero). Per *effetti destabilizzanti del dolore* il punteggio globale iniziale era 1 (grave) e il punteggio di risultato è stato posto a 4 (leggero).

Interventi NIC

La signora O.A. è stata costretta a letto; ciò è stato necessario per applicare il concetto della Orem del sistema infermieristico parzialmente compensatorio (Orem, 2001). Dal punto di vista dell'IASM, era importante per la signora O.A. acquisire le conoscenze e le abilità di base, e adoperarsi per ottenere sostegno

*Si noti che in questo caso viene utilizzato il modello Orem. È importante ricordare che la scelta del modello da utilizzare è influenzata da molti fattori, tra cui la specificità del singolo caso trattato [N.d.C.].

al fine di migliorare la capacità di cura di sé. Le infermiere le hanno insegnato le tecniche per la gestione dei sintomi.

Gli interventi NIC utilizzati per risolvere il *livello di dolore* della signora O.A., come fattore correlato al deficit della cura di sé, sono stati *gestione del dolore, gestione dei farmaci e somministrazione di analgesici*. Gli interventi usati per incidere sul suo *deficit della cura di sé* sono stati *assistenza nella cura di sé: bagno/igiene personale, assistenza nella cura di sé: uso del gabinetto e assistenza nella cura di sé: posizionamento*.

Le **attività** pianificate e svolte per insegnare le conoscenze di base alla signora O.A. sono state:

- (a) informarla sul trattamento farmacologico e sugli effetti collaterali;
- (b) istruirla su come posizionare il corpo per evitare di aggravare il dolore (sedersi molto indietro sulla sedia a rotelle per diminuire lo stress sulla colonna vertebrale);
- (c) istruirla sui narcotici, specie la morfina assunta per via orale.

Sono state pianificate e spiegate le seguenti **abilità** di base del controllo dei sintomi:

- (a) posizioni e movimenti del corpo che consentono di evitare l'aumento del dolore;
- (b) esercizi per le gambe;
- (c) bisogni fisici a letto utilizzando il pannolone;
- (d) posizione del corpo durante i pasti;
- (e) metodi per registrare e rendere noti i cambiamenti.

Riguardo all'assistenza infermieristica, all'ammissione le è stato fatto un bagno a letto e il lavaggio delle mani e dei piedi a causa del *deficit della cura di sé: bagno/igiene personale*. Quando i sintomi sono migliorati, ha fatto la doccia con l'aiuto di un operatore tecnico (OSS). Riguardo alla difficoltà nel movimento, il fisioterapista le ha insegnato le posizioni e i movimenti del corpo a letto e come sedersi e alzarsi dalla sedia a rotelle. Il sistema di sostegno della signora O.A. è stato migliorato grazie alla partecipazione di alcuni volontari e della sua collega.

Valutazione

I risultati IASM e NOC sono stati utilizzati per valutare quanto i sintomi, la capacità di cura di sé e la qualità della vita della signora O.A. erano migliorati. Il dolore lombosacrale è stato alleviato con l'uso di narcotici. I risultati *controllo dei sintomi* e *dolore: risposta psicologica* hanno mostrato che i punteggi del risultato erano stati raggiunti. Gran parte del dolore era sotto controllo. Riguardo alla capacità di cura di sé, la signora O.A. è riuscita a mangiare stando seduta sulla sedia a rotelle. Riguardo alla *cura di sé: uso del gabinetto*, la signora O.A. indossava ancora i pannoloni, ma la minzione e l'evacuazione erano favorite dal sollevamento della regione lombare. Riguardo alla *cura di sé: bagno/igiene personale*, la signora O.A. effettuava il bagno a letto, ma è stata in gra-

do di fare la doccia. Il numero di azioni che riusciva a compiere stando sulla sedia a rotelle è aumentato e, sebbene si fosse pensato che la signora O.A. sarebbe rimasta confinata a letto, vi erano piani di dimissione che prevedevano il suo ritorno a casa, con servizi di assistenza domiciliare che avrebbero migliorato la qualità della sua vita. La signora O.A. ha anche modificato la sua attitudine cercando di fare le cose da sola senza dipendere molto dagli altri.

Bibliografia

Ogasawara C., Hasegawa T., Kume Y., Takahashi I., Katayama Y., Furuhashi Y., Andoh M., Yamamoto Y., Okazaki M. e Tanabe M. (2005), Nursing diagnoses and interventions of Japanese patients with end stage breast cancer admitted for different care purposes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 16(3-4), 54-64.

Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6^a ed.). St. Louis: Mosby.

The University of California San Francisco School of Nursing Symptom Management Faculty Group (1994). A model for symptom management. *Journal of Nursing Scholarship*, 26, 272-226.